



Tıp Fakültesi

T.C.

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**KIZ ERGENLERDE
İNTİHAR GİRİŞİM NİTELİĞİ VE
ERGENİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

DR. ALİ SAFA SAYIM

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019



Tıp Fakültesi

T.C.

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**KIZ ERGENLERDE
İNTİHAR GİRİŞİM NİTELİĞİ VE
ERGENİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

DR. ALİ SAFA SAYIM

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. NEŞE PERDAHLI FİŞ

İSTANBUL 2019

ÖNSÖZ

Tez öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum, hem klinik bilgi ve deneyimine hem de insani hassasiyetlerine güvenerek zorlandığım hususlarda her daim danıştığım, üzerimde emeği büyük olan Prof. Dr. Neşe Perdahlı Fiş'e

Uzmanlık eğitimi boyunca özgün akademik bakış açısı ve hastaya yaklaşımından çok şey öğrendiğim, olumlu enerjisine ve çok yönlülüğüne daima hayran kaldığım Prof. Dr. Ayşe Arman'a

Marmara Tıp Fakültesi'nden emekli olmasından sonra uzmanlık eğitimine başlasam da gölgesini üstümüzde hissetmeye devam ettiğim, büyük bir özveri ile kıymetli mesleki deneyimlerini bizlerle paylaşan Prof. Dr. Yankı Yazgan'a

Özgün bilimsel yaklaşımı ve engin tecrübesi ile ufukumuzu açan Prof. Dr. Osman Sabuncuoğlu'na

Mesleki hassasiyetleri, titizliği ve çalışkanlığı ile bizlere her zaman örnek ve yardımcı olan Dr. Öğr. Üyesi A.Tuğba Bahadır'a

Samimiyet ve yardımseverliğini poliklinikte hasta gördüğüm ilk günden beri hissettiğim, birlikte çalışabilme fırsatı yakaladığım için mutlu olduğum Doç. Dr. Ayşe Burcu Ayaz'a

Klinik ve akademik sorunları çözme konusunda pratikliğine hayran olduğum Uzm. Dr. Funda Gümüştas'a

Tanımayı ve bir şeyler paylaşmayı uzmanlık eğitim sürecinin en büyük kazançları arasında gördüğüm, değerli arkadaşlarım; Eray Fadıloğlu'na, Can Beşer'e, Başak Usta Gündüz'e, Gözde Özden Bilim'e, Esra Bozdemir Üner'e, Günay Budagova'ya ve diğer tüm asistan ve uzman arkadaşlarıma

Hayatımın her aşamasında, her koşulda sonsuz desteklerini hissettiğim değerli aileme

İlk günden beri hayatıma güzellik katan, O'nunla yürünecek zor yolların kolaylaştığı sevgili eşim Gizem'e ve canım oğlum Balamir'e

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Dr. Ali Safa SAYIM

Ekim 2019



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	v
KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım – Tarihçe	3
2.2. Epidemiyoloji	5
2.3. İntihar Davranışında Risk Faktörleri	6
2.3.1. Sosyodemografik Risk Etmenleri	7
2.3.2. Ailesel Risk Faktörleri	10
2.3.3. Çevresel Risk Faktörleri ve Stresli Yaşam Olayları	10
2.3.4. Psikiyatrik Etkenler	12
2.4. İntiharın Niteliği ve Yapısal Özellikler	14
2.4.1. İntiharın Niteliği ve Dürtüsel Girişim	14
2.4.2. Dürtüsel intihar girişiminde bulunanların özellikleri ve psikopatoloji	18
2.4.3. Yapısalılık dürtüsellik	19
2.4.4. Benlik saygısı ve umutsuzluk	20
2.4.5. Duygu düzenleme ve stresle başa çıkma	21
2.4.6. Bağlanma	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Katılımcıların Seçilimi	25
3.1.1. Olgu grubunun seçimi	25
3.1.2. Kontrol grubunun seçimi	26
3.2. Araştırmanın Deseni	27
3.3. Yöntem	27
3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları	29
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	29
3.4.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu–Türkçe uyarlaması (ÇDŞG- ŞY-T) (KSADS-PL, Kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia- present and lifetime version)	29

3.4.3. İntihar Niyeti Ölçeği	30
3.4.4. Çocukluk çağı davranış değerlendirme ölçeği/4-18 formu-ÇODDÖ (Child behavior checklist-CBCL).....	30
3.4.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	31
3.4.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ).....	31
3.4.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler-Kısa Form (DDGÖ-16).....	32
3.4.7. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	32
3.4.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	33
3.4.8. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA-E)	34
3.5. Verilerin Analizi	34
3. BULGULAR.....	35
4.1 İ.G. Grubu ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler.....	35
4.2. İ.G. Grubunun Klinik Özellikleri, Girişim Nitelikleri, Niyetlerine İlişkin Veriler.....	38
4.3. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi.....	44
4.4. İntihar Girişiminin Dürtüsellüğünün İlişkililik Durumu Belirlemeye Yönelik Korelasyon Analizler.....	49
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇLAR	59
6.1.Sonuçlar ve Öneriler	59
6.2. Kısıtlılıklar.....	60
7. KAYNAKLAR.....	61
8. EKLER.....	81

ÖZET

KIZ ERGENLERDE İNTİHAR GİRİŞİM NİTELİĞİ VE ERGENİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

İntihar bütün dünyada geniş kitleleri doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ergenlik intihar davranışının sık görüldüğü bir dönemdir. Ergenlik dönemindeki intihar davranışının kendine has doğasının anlaşılması ile önleyici tedbirlerin alınması mümkün olabilir.

Bu çalışmada iki ana amaç bulunmaktadır. Birincisi, intihar girişiminde bulunan kız ergenlerin sosyodemografik verileri, klinik özellikleri, intihar girişim nitelikleri, umutsuzluk ve değersizlik bilişleri, dürtüsellik, duygu düzenleme, stresle başa çıkma ve bağlanma tarzları gibi çeşitli özelliklerinin incelenerek kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır. İkincisi, intihar girişiminin dürtüsel ya da planlı oluşunun ergenin klinik özellikleri ile ilişkisinin ortaya konulmasıdır.

Örnekleminiz Marmara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine son 1 yıl içerisinde intihar girişimi ile başvuran 14-18 yaş arası 46 kız ergen ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş psikiyatrik tanı almamış 29 sağlıklı ergenden oluşmuştur. Çalışmamıza katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri tarafımızca oluşturulmuş sosyodemografik veri formu ile genel psikiyatrik değerlendirmeleri ise Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (KD-SADS) ile değerlendirilmiştir. İntihar niyetleri ve intihar girişimlerinin çeşitli özellikleri İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) ve tarafımızca oluşturulan İntihar Girişimi Klinik Değerlendirme Formu ile değerlendirilmiştir. İntihar girişiminin dürtüsel ya da planlı oluşu İNÖ'nün 6. ve 15. sorularının puanlarının toplamına göre değerlendirilmiştir. Ergenlerden Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Duygu Düzenlemede Güçlükler-Kısa Form (DDGÖ-16), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) doldurmaları, ebeveyn tarafından ise Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇODDÖ) doldurmaları istenilmiştir.

İntihar girişiminde bulunan grubun yaş ortalaması $15,71 \pm 1,06$ yıl olarak bulunmuştur. İntihar girişim grubunun baba yaş ortalaması anlamlı olarak yüksek, baba eğitim düzeyi düşüktür ve ailelerinde intihar girişim öyküsü daha sıktır. İntihar girişimlerinin %65,2'si dürtüsel girişim olarak değerlendirilmiştir. İntihar girişiminde bulunanlarda en sık depresif bozukluklar (%52,2), sonrasında DEHB (%26,1) görülmekte, depresyon ile DEHB komorbiditesine (%19,6) de sık rastlanmaktadır. Dürtüsel ve planlı girişimde bulunanlar arasında kullanılan yöntem, sahip olunan psikopatoloji açısından anlamlı bir fark bulunmazken, planlı girişimde bulunanlarda önceki intihar girişimi öyküsünün daha sık olduğu görülmüştür. İntihar girişiminde bulunanlarda BUÖ, DDGÖ-16, BDÖ, RBSÖ ve ÇODDÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, İÖA açısından bir fark bulunamamıştır. SBTÖ etkili yaklaşım puanları daha düşük olarak bulunmuştur. İntihar girişiminin planlı oluşu ile BDÖ toplam puanı ve plan yapmama alt ölçeği puanı arasında orta derece negatif korelasyon saptanmıştır.

Sonuçta, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında, intihar girişiminde bulunan kız ergenlerin umutsuzluk ve değersizlik düşüncelerinin daha sık, duygu düzenleme ve stresle başa çıkma tarzlarının daha uyumsuz olduğu, her alanda daha dürtüsel oldukları ve daha fazla içe yönelim ve dışa yönelim sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca, dürtüsellik, özellikle de bilişsel dürtüsellik şiddetlendikçe, dürtüsel girişimde bulunma riskinin arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntihar girişimi, dürtüsel girişim, planlı girişim, kız ergen

ABSTRACT

THE FEATURES OF SUICIDE ATTEMPTS IN FEMALE ADOLESCENTS AND ITS RELATIONSHIP WITH ADOLESCENT'S PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS

Suicide is an important public health problem directly or indirectly affecting large masses all over the world. Adolescence is a developmental stage in which suicidal behavior is common. By understanding the specific nature of the suicidal behavior in adolescence, preventive measures can be undertaken.

In this study, there were two main objectives. The first was, to examine several characteristics of the suicidal behaviors of female adolescents who had attempted suicide, such as the sociodemographic data, clinical characteristics, the features of the suicidal attempt, cognitions of hopelessness and worthlessness, impulsivity, styles of emotion regulation, stress coping and attachment., and compare them with those of a control group. The second aim was, to reveal the relationship of suicide attempt, being either planned or impulsive, with the clinical characteristics of the adolescent.

Our sample was consisted of 46 female adolescents aged 14-18 years who admitted to Marmara University Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic due to suicide attempt within the past year and age and sex matched controls 29 adolescents who were free of any psychiatric disorder. The sociodemographic characteristics of the adolescents who participated in our study were evaluated with the sociodemographic data form and the psychiatric evaluation was conducted by the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia—Present and Lifetime Version (KD-SADS). The suicidal intentions and various characteristics of suicide attempts were evaluated with the Suicidal Intent Scale (SIC) and the Suicide Attempt Clinical Evaluation Form, which was developed by the authors. The mode of suicide either being impulsive or planned was evaluated according to the sum of the scores of the items 6 and 15 of SIC. Adolescents were asked to complete Beck Hopelessness scale (BHS), Difficulties in Emotion Regulation Scale – short form (DERS-SF),

Barratt Impulsivity Scale (BIS), Ways of Coping Scale (WOCS), Rosenberg Self-Esteem Scale (SES), Relationship Scales Questionnaire (RSQ) and the parent was asked to complete the Child Behavior Checklist (CBCL/4-18).

The mean age of the suicide attempt group was 15.71 ± 1.06 years. The mean age of father in the suicide attempt group was significantly higher, father education level was low and the family history of suicide attempt was more frequent. Among suicide attempts 65.2% were classified as an impulsive act. The most common diagnoses were depressive disorders (52.2%) and ADHD (26.1%) . The comorbidity of depression and ADHD (19.6%) was pretty common. There was no significant difference between impulsive and planned attempts in terms of the method used and psychopathology. Previous suicide attempt history was more frequent in planned attempters. When compared to controls, suicide attempters had significantly higher scores on BHS, DERS-SF, BIS, SES and CBCL , lower scores on effective approach subscale of WOCS, whereas there was no difference in terms of RSQ. There was a moderate level negative correlation between the nature of the suicide attempts being planned and BIS total and unplanning subscale scores.

As a result, when compared to healthy controls, female adolescents who attempted suicide had more frequent thoughts of hopelessness and worthlessness, their styles of emotion regulation and stress management were more incompatible, they were more impulsive in all areas and had more internalizing and externalizing problems. In addition, when impulsivity, especially the cognitive impulsivity, was more severe, the risk of impulsive attempts increased.

Keywords: Suicide attempt, impulsive attempt, planned attempt, female adolescent

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
MDB	: Major Depresif Bozukluk
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozuluk
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
İNÖ	: İntihar Niyeti Ölçeği
DDGÖ-16	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
ÇODDÖ	: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
KZVD	: Kendine zarar verme davranışı
BDÜ	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği
SBTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
İÖA	: İlişki Ölçekleri Anketi
İ.G.	: İntihar Girişimi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Gruplar arası yaş ortalamaları	35
Tablo 2. Grupların ailelerine ait demografik özellikler.....	36
Tablo 3. Grupların kardeş sayıları	37
Tablo 4. Grupların ailelerinde tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, intihar girişimi.....	37
Tablo 5. Grupların tıbbi hastalık ve psikiyatrik tedavi öyküsü	38
Tablo 6. İNÖ 6. ve 15. soru puanlarının toplamına göre sıralanması	38
Tablo 7. Dürtüsel ve planlı girişimde bulunanlar ile kontrol grubunun dağılımı.....	39
Tablo 8. Dürtüsel ve planlı grupların tanı dağılımı	39
Tablo 9. İntihar girişim grubunda psikiyatrik tanı dağılımı	40
Tablo 10. Grupların psikiyatrik tanı dağılımı.....	40
Tablo 11. Grupların KZVD dağılımı.....	41
Tablo 12. Gruplara göre sigara ve alkol alışkanlıklarının dağılımı.....	42
Tablo 13. Grupların intihar niyetleri	42
Tablo 14. Grupların intihar yöntemleri açısından dağılımı	43
Tablo 15. Grupların daha öncesinde intihar girişiminde bulunma yaygınlığı.....	43
Tablo 16. Grupların ailesinde ve arkadaşlarında intihar girişiminde bulunanların karşılaştırılması	44
Tablo 17. Grupların Beck umutsuzluk puanları açısından karşılaştırılması.....	44
Tablo 18. Grupların Barratt dürtüsellik puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 19. Grupların DDGÖ puanları açısından karşılaştırılması.....	45
Tablo 20. Grupların SBTÖ açısından karşılaştırılması	46
Tablo 21. Grupların benlik saygısı açısından karşılaştırılması	47
Tablo 22. Grupların bağlanma tarzları açısından değerlendirilmesi	47
Tablo 23. Grupların ÇODDÖ puanları açısından karşılaştırılması	48
Tablo 24. İNÖ 6+15 ile Beck umutsuzluk, Barratt dürtüsellik ve DDG ölçeklerinin korelasyonları.....	49
Tablo 25. İNÖ 6+5 ile SBTÖ ölçeğinin korelasyonları	50
Tablo 26. İNÖ 6+5 ile Rosenberg benlik saygısı ölçeği ve İÖA'nın korelasyonları	50
Tablo 27. İNÖ 6+5 ile ÇODDÖ puanlarının korelasyonları	51

1. GİRİŞ

Hayat, her şeyin varlığını sürdürmek için belirsizce ve sonsuzca harcanan bir çabanın süregidişidir¹. Önünde sonunda ölecek ve bitecek olan bütün varlıkların kendi varlıklarını koruma ve devam ettirme adına sarfettikleri (Spinoza tarafından “conatus” olarak adlandırılan²) bitimsiz çaba hayatın en temel ilkesidir.

Bu çabayı bir gün öleceğini bile bile sarf etmek gibi trajik bir yazgıya mahkum olan insanın, kendi hayatını bilerek ve isteyerek sonlandırması ise bu ilke ile çelişiyor görünmektedir. Bu yüzden bilinçli ve iradi eyleme kudreti olan insanın, yaşam yerine ölümü tercihi hep anlaşılması zor, ürpertici ve sarsıcı bulunmuştur. Bir çok geleneksel kültür, karşısında çaresiz kaldığı bu eylem ve eylemi işleyenleri olumsuzlamış ve lanetlemiştir³.

Modern zamanlarda ise intihar ağırlıklı olarak psikiyatrinin konusu olarak görülmekle birlikte sebep ve sonuçlarıyla psikoloji, sosyoloji, felsefe, teoloji, antropoloji ve bir çok alanın ilgi odağıdır. Bilhassa intiharın toplumsal doğası⁴ dışlanarak sadece bireysel patoloji odaklı yaklaşım ile intihar fenomenine dair tek başına bütünlüklü bir açıklama sunulması mümkün görünmese de intihar davranışında bulunan kişinin bireysel, psikolojik ve psikiyatrik özelliklerinin, yaşadığı çevrenin ve çevresiyle ilişkisinin, intihar eyleminin niteliğinin ve benzeri konuların aydınlatılmasının bu fenomenin anlaşılması ve önlenilmesi adına önemi olduğu muhakkaktır.

İntihar davranışı sebep olduğu maddi ve manevi yıkımın büyüklüğü ve önlenebilirliği bağlamında bütün dünyada önemi artan bir halk sağlığı sorunudur. İntihar hızının en yüksek olduğu yaş gruplarından olan ergenlik dönemi de bu davranış dolayısıyla artan ilginin odaklarından birisidir⁵.

Ergen fiziksel görünüm itibariyle yetişkin gibi olsa da ergenlik en azından muhakeme yeteneği açısından henüz son halini almamış, yetkinliğe ulaşamamış gelişimsel bir dönemdir. Ergen intiharlarının da erişkin intiharlarına göre daha plansız

ve dürtüsel olma gibi farklılıkları mevcuttur. Ergenler daha sık intihar girişiminde bulunurken, girişim daha nadir olarak ölümlle sonuçlanmaktadır ⁶. İntihar davranışında bulunan ergenlerin kendilerine has psikolojik, psikiyatrik, sosyal özelliklerin ve intihar davranışının gelişim, niteliğinin anlaşılmasının ergenlik dönemi intihar davranışının anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan kız ergenlerin;

- Sosyodemografik ve ailesel özelliklerinin saptanması amaçlanmıştır.
- İntihar girişimlerinin niteliğinin ve niyetlerinin saptanması amaçlanmıştır.
- Benlik saygısı, dürtüsellik, umutsuzluk, duygudurum düzenleme, stresle başa çıkma tarzı, bağlanma tarzları ve klinik psikiyatrik tanılarının belirlenmesi ve bu özelliklerinin intihar girişim niteliği ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım – Tarihçe

Batı dillerinde 17. yüzyıldan beri kullanımı yaygın olan "suicide" sözcüğüne karşılık Tanzimat dönemi ile birlikte Türkçe'ye çevirilen eserlerde “kendini katletme” kullanımının yerine “intihar” kelimesi kullanılmaya başlanılmıştır ^{7,8}. Etimolojik açıdan “boğazını kesme, boğazlama” anlamına gelen arapça “nahr” sözcüğünden gelmektedir ⁹.

Kelimelerin görece yeni kullanımlarının aksine kavram çok eski zamanlardan beri bilinmektedir. Homo sapiens’in kendi varoluşunu farketmesi ile kendi varoluşunu sonlandırma seçeneği de imkan dairesinde belirlemektedir. İlkel kabilelerden, antik medeniyetlere bir çok toplum veya topluluğun anlatısında, mitolojisinde ve dinsel inançlarında intihara dair öğelere rastlanmaktadır. İntihar bazı sınırlı koşullarda (Örneğin; Japon kültüründe, Antik Yunan Stoacılarında, Eskimo kabillerlerinde) övülen, yüceltilen, onur verici bir davranış olarak kabul edilip, bazı topluluklarda (Yeni Gine’nin Trobriand Adaları’nda yaşayan yerlilerde) neredeyse meşru, yasal bir uygulama olarak görülse de genel olarak (örneğin; Ortaçağ Batı ve İslam Medeniyetleri) aşağılanan, lanetlenen bir eylemdir ^{3,10}. Batı’da Rönesans’tan sonra Aydınlanma Çağına kadar dinsel referanslarında oluşan gevşeme ile birlikte intiharın bireysel ve insani yönü öne çıkmaya başlarken, Aydınlanma Çağı’nın sonunda, intihar anlayışı geniş ölçüde toplumla bireysel psikoloji arasındaki bir sorun olarak gören laik bir anlayışa dönüşmüştür. İntihar hoş görülme ve aşağılanan bir eylem olarak görülme devam edilse de artık bilimin konusu haline gelmiştir ³.

İntiharın genelgeçer, özet bir tanımını yapmak güçtür. Bu tür intihar tanımlamasının öncüsü kabul edilen Durkheim’ın (1897) tanımı şöyle özetlenebilir: Ölümle sonuçlanacağı bilinerek, kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilen olumlu veya olumsuz her türlü edimin doğrudan veya dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüm intihar olarak adlandırılır. Celal Odağ’ın (2008) işaret ettiği gibi “ölüm”, “kurban”, “eylem” sözcükleri tanımlamada anlaşılandan başka manaları ihtiva edebilir ve toplumun bu terimlerden anladıkları ile intihar davranışından bulunan kişinin

algılayışları büyük farklılıklar içerebilir. Eylemin “ölüme götüreceğinin bilinmesi” tartışmalıdır, örneğin plansız gerçekleşen intiharlarda bu her zaman söz konusu olmayabilir. İntihar edimindeki bilinçlilik, kurbanın sınırlanmış algılama yetilerinden etkilenmektedir ve intihar eyleminin ölüm ile ilişkisi kurban tarafından toplumun anladığı anlamda kurulamayabilir ya da yadsınabilir. Eylem ile ölüm arasında kurulan bu ilişki eylemin tek amacının ölüm olduğu izlenimini vermesine rağmen birçok araştırma ambivalansa, yani ölme ve yaşama isteklerinin birlikteliğine işaret etmektedir ¹¹.

İntihar düşüncesi bir kişinin kendi hayatı bitirmeye dair istek ve düşüncelerini ifade eder. İntihar düşüncesi görece olarak pasif düşünce (örneğin ölmüş olmayı isteme) ya da aktif düşünce (örneğin kendini öldürmeyi istemek ya da nasıl yapılacağı konusunda özel bir yöntem düşünmek) olarak nitelendirilebilir ^{12,13}.

Kişinin kendini öldürme isteği ile giriştiği eylem o veya bu nedenden dolayı ölümle sonuçlanmamış ise intihar girişimi olarak adlandırılmaktadır ^{6,14}. Tamamlanmış intihar, sıkça adli tabip ve savcı tarafından belirlenen, kişinin yaşamını kasten sona erdirmek için giriştiği ölümcül eylemdir. Gençler arasında en yaygın yöntemler ası, aşırı doz ve ateşli silahtır ^{15,16}. Coğrafi bölgeler arasında, muhtemelen ölümcül araçlara değişken erişim ile ilişkilendirilen bazı belirgin desenler vardır ¹⁷. Mesela, hareketli bir nesnenin (örneğin tren) önüne atlayarak intihara bağlı ölüm gelişmiş demiryolu sistemlerine sahip ülkelerde (örneğin Belçika, Almanya, Hollanda, İsviçre) gençler arasında daha yaygındır ¹⁸. Çin'in daha kırsal bölgelerinde intihar yöntemi olarak pestisit kullanımı yayginken, Hong Kong ve Singapur gibi metropol bölgelerinde aşırı doz ilaç ve yüksekten atlama daha fazla gözlemlenmektedir ^{19,20}.

İntihar davranışı ise intihar düşüncesi, girişimi veya tamamlanmış intihar kavramlarının hepsini içine almaktadır ²¹.

2.2. Epidemiyoloji

Gençler arasında intihar düşüncesi prevelansı % 19.8 ile % 24.0 arasında değişmektedir. İntihar girişimi daha nadir olup, yaşam boyu yaygınlık oranları % 3.1 ile % 8.8 arasındadır ^{22,23}.

İntihar bağlı ölüm, tüm dünyada ergenler ve genç yetişkinler (15-29 yaş) arasındaki tüm ölümlerin % 8,5'ini oluşturmaktadır ve dünya çapında gençler arasında ölümün önde gelen nedenlerindendir. Gençler arasında intihar oranları yüksek olan ülkeler arasında Yeni Zelanda, Finlandiya ve Japonya bulunmaktadır. Önemli olarak gençler arasındaki trendler genel eğilimleri temsil etmemektedir. Örneğin, Yeni Zelanda gençlik intihar oranı (5-25 yaş arasında, # 2) diğer ülkelere göre daha yüksek olmakla birlikte, genel olarak görece düşük bir intihar oranına sahiptir (tüm yaş grupları arasında; # 22). Litvanya ve Letonya gibi ülkeler hem gençler hem de genel intihar oranları bakımından üst sıralarda yer almaktadır ⁵.

DSÖ verilerine göre her yıl 800.000 insan intihar sonucu hayatını kaybetmektedir ki bu da yaklaşık her 40 saniyede bir ölüme tekabül etmektedir. Tüm intiharların üçte biri genç insanlar tarafından gerçekleştirilir. 15-29 yaş arası ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Dünyada 2016 yılında intihar hızı 100.000'de 10.5 (erkeklerde 13.7, kadınlarda 7.5) olarak bildirilmiştir ²⁴.

İntihar dünya çapında tüm ölümlerin % 1.4'ünü oluşturmaktadır, 2016'da ölüm nedenleri içerisinde 18. sıradadır ²⁵.

İntihara bağlı ölümler küresel bir olgudur ancak 2016 yılında tüm intiharların %79'u düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir ²⁴. Her ne kadar yüksek gelirli ülkelerde intihara bağlı ölümler erkeklerde kadınların 3 katı olsa da düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oran 1.6'ya kadar düşmektedir. Dünyanın hemen her bölgesinde hem erkekler hem de kadınlar için intihar oranları 15 yaşından küçüklerde en düşükken, 70 yaş ve üzerinde en yüksek orandadır. Bazı bölgelerde, intihar oranları yaşla birlikte sabit bir şekilde artarken, diğerlerinde genç intihar oranlarında önemli bir artış vardır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde genç yetişkinler ve yaşlı kadınlar, yüksek gelirli ülkelerdeki emsallerinden çok daha yüksek intihar oranlarına sahipken,

yüksek gelirli ülkelerdeki orta yaşlı erkekler düşük ve orta gelirli ülkelere kıyasla daha yüksek intihar oranlarına sahiptir ²⁶.

İntihar girişiminde bulunan veya intihar edenlerin aile üyeleri, arkadaşları, meslektaşları ve toplumları göz önüne alındığında her yıl dünya çapında milyonlarca insan intihardan etkilenmektedir ^{27,28}. DSÖ bu oranların resmi verilere dayandığını, gerçek oranların daha yüksek olduğunu vurgulayarak önleme çalışmaları için çağrıda bulunmuştur ²⁶.

Türkiye’de intiharla ilişkili istatistikler TÜİK tarafından derlenmekte ve yayınlanmaktadır. Veriler hastane, polis ve jandarma kayıtlarından elde edilmektedir. Toplumda intiharı gizleme, resmi kayıtlara geçirmeme eğiliminin yüksek olması nedeniyle bu kayıtların güvenilirliği düşüktür ²⁹. TÜİK 2016 yılı verilerine göre kaba intihar hızı 100.000’de 4,03 (erkeklerde 6,10 , kadınlarda 1,94), 2017 yılı ise 3,82’dir (erkeklerde 5,88 , kadınlarda 1,75). Bu oranlar Dünya ve Avrupa rakamlarının çok altındadır. 2017 yılında 15 yaş altı intiharlar tüm intiharların % 2,1’ini oluştururken, 15-19 yaş arası %10,8’ini oluşturmaktadır. İntihar yöntemleri içerisinde en sık % 47,5 ile ası, ikinci sırada % 31,1 ile ateşli silah kullanımı bulunmaktadır ³⁰. Türkiye’de intihar hızı yıldan yıla değişse de gençlerde belirgin olmak üzere artma eğilimi dikkat çekicidir.

İntihar girişimlerinin ise çok daha yaygın olduğu ve tamamlanmış intiharların 20 katı olduğu tahmin edilmektedir ²⁶. Küresel ve yerel olarak intihar girişimlerine ait resmi veriler mevcut değildir. Yaklaşık 110.000 kişinin katıldığı DSÖ Dünya Ruh Sağlığı Araştırması’nda intihar düşüncesi, planları ve girişimlerinin on iki aylık yaygınlık tahminleri gelişmiş ülkeler için sırasıyla % 2,0, % 0,6 ve % 0,3, gelişmekte olan ülkeler için % 2,1, % 0,7 ve % 0,4 olarak bulunmuştur. ³¹.

2.3. İntihar Davranışında Risk Faktörleri

İntihar davranışları karmaşıktır. İntihar için pek çok katkıda bulunan faktör ve nedensel yolak vardır. Genellikle intihar eylemini açıklayacak tek bir sebep veya stres etkeni yoktur. Sıklıkla birkaç risk faktörü, bireyin intihar davranışı konusundaki savunmasızlığını kümülatif olarak artırmaktadır. İntihar davranışı için risk faktörleri

DSÖ tarafından bireysel düzeyden sağlık sistemi düzeyine 5 basamakta incelemektedir²⁶.

1. Bireysel faktörler: Genetik ve biyolojik yatkınlık, ruhsal bozukluklar, alkol/madde kötüye kullanımı, intihar girişimi öyküsü, ailede intihar öyküsü, umutsuzluk, iş ve ekonomik kayıp, kronik ağrı ve hastalık.
2. İlişkisel faktörler: Sosyal yalıtılmışlık, sosyal destek yokluğu, ilişkisel sorunlar, anlaşmazlık ya da ayrılık.
3. Yaşanan çevreyle ilişkili faktörler: Travma, istismar, ayrımcılık, kültürel değişim ya da yer değiştirmeye bağlı stres, felaketler, çatışma ve savaş.
4. Toplumsal faktörler: İntihar yöntemlerine kolay ulaşılması, medya ve sosyal medyada uygunsuz şekilde yer alması, yardım arama davranışının olumsuz etiketlenmesi
5. Sağlık sistemi ile ilgili faktörler: Sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlük.

İntihar davranışı için risk faktörlerinin yakın ve uzak ya da predispoze ve presibite eden faktörler olarak sınıflandırılması da yaygındır.

Uzak risk faktörleri kişiyi intihar davranışına karşı duyarlı ve hassas kılar. Genetik yüklülük, ailede intihar öyküsü, epigenetik faktörler, kişilik özellikleri (örneğin dürtüsellik, saldırganlık), bilişsel tarzlar, fetal büyüme geriliği ve perinatal durumlar, erken travmatik yaşantılar, nörobiyolojik bozukluklar (örneğin serotonin fonksiyon bozukluğu ve hipotalamik-hipofiz eksini hiperkaktivitesi) uzak risk faktörleri içerisinde sınıflandırılırken, psikiyatrik bozukluk, intihar düşünceleri, ümitsizlik, psikososyal kriz, fiziksel hastalılar, intihar yöntemlerine ulaşabilirlik, başka insanlar tarafından gerçekleştirilen intihara maruziyet yakın risk faktörleri içerisinde sınıflandırılmaktadır^{32,33}.

2.3.1. Sosyodemografik risk etmenleri

İntihar düşünceleri ve davranışlarının seyrinde, prezentasyon ve prevelansında belirgin demografik desenler vardır. En ayırt edici demografik özelliklerden bazıları cinsiyet, yaş, ırk / etnik köken, yanı sıra cinsel yönelim ve cinsel kimliktir³⁴.

2.3.1.1. Cinsiyet

Kız ergenlerin intihar düşüncesi ve girişimi riski yüksekken, erkek ergenlerin intihar sonucu ölme riski daha yüksektir ^{23,35-37}. Prevalans veya girişimin ciddiyeti açısından 11 yaşına kadar belirgin bir cinsiyet farkı yoktur ³⁸. Başlangıç yaşında hafif farklılıklar (örneğin, kadınlarda intihar düşüncesi için erken başlangıç yaşı, erkeklerde ise intihar girişimi için erken başlangıç yaşı) mevcuttur ancak bu paternler farklı klinik şiddet düzeylerinde değişebilir ³⁹. Gençlerde tamamlanmış intihar oranlarındaki cinsiyet farkı, yetişkinlerdeki oranlara benzeme eğilimindedir; ergen veya genç erkeklerin intihar sonucu ölmeleri kızlara göre iki-üç kat daha olasıdır ⁵.

2.3.1.2. Yaş

İntihar düşüncesi 10 yaşından önce nadirdir ve prevalansı 12 ila 17 yaşları arasında hızla artmaktadır ⁴⁰. İntihar düşüncesi olan gençlerin (intihar düşüncesi ve girişimi olmayan ergenler göre), 30 yaşına kadar intihar girişiminde bulunma olasılığı yaklaşık 12 kat daha fazladır ⁴¹. İntihar düşüncesi olan ergenlerin üçte birinden fazlası intihara teşebbüs etmektedir ⁴². Özellikle sık, ciddi ve kronik olan intihar düşüncesi intihar girişimi ile ilişkilidir ⁴³⁻⁴⁵. İntihar düşüncesinden intihar girişimine geçiş sıklıkla intihar düşüncesinin başlamasından 1-2 yıl sonra olmaktadır ³⁹ ve genellikle spesifik klinik sunumlarla (örneğin, depresyon veya distimi, yeme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk) karakterize olmaktadır ⁴². İntihar girişimi 12 yaşından önce nadirdir ve orta / geç ergenlik döneminde prevalansı artar ^{39,42} ve 20'li yaşların başında stabilize olur ⁴⁶. Klinik popülasyonda geç ergenlik sonrası intihar girişimlerinin çoğunun tekrarlayan teşebbüsler olduğu bulunmuştur ve tekrarlayan teşebbüsler arasındaki süre gittikçe azalmaktadır ⁴⁶.

Büyük ergenlerin, çocuklara veya küçük ergenlere göre intihar nedeniyle ölme riski daha yüksektir ^{47,48}. Büyük ergenler ve genç yetişkinler (15-29 yaş) için tamamlanmış intihar oranları çocuk ve küçük ergenlerden (5-14 yaş) en az 10 kat daha yüksektir. Büyük ergenler arasındaki bu eğilim madde kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları ve intihar niyeti gibi psikopatolojilerin yüksek prevalansına atfedilmektedir ³⁵. Çocuklar arasında intihara bağlı ölüm daha az görülmekle birlikte 5-8 yaş arasında tamamlanmış intiharlar belgelenmiştir ^{48,49}. Yöntemlerin

kullanımında da önemli yaş paternleri vardır. Örneğin, çocuklar arasında ası ergenlere göre daha yaygındır ^{19,50,51} ve ergenler arasında keskin bir cisim kullanımı erişkinlere göre daha yaygındır (Parellada ve ark. 2008). Yetişkinlerle karşılaştırıldığında intihar sonucu ölen ergenler ve çocukların alkol almış olma ya da öncesinde intihar girişiminde bulunma olasılıkları daha düşüktür (Grøholt ve ark. 1998).

2.3.1.3. Irk ve Etnisite

En tutarlı uluslararası bulgu, yerli gençler arasında daha yüksek intihar ölüm riskidir. Bu patern, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki Amerikan Yerlisi, Alaska Yerlisi gençlerden ⁵² Avustralya ve Yeni Zelanda'daki yerli gençlere ⁵³ ve Brezilya'daki Guaraní Kaiowá ve Nandeva topluluklarına ⁵⁴ dünyanın farklı bölgelerinde gözlemlenmiştir. Madde kullanımı, yoksulluk ve işsizlik, ölümcül araçlara yüksek erişilebilirlik, nesiller boyu travma aktarımı, kültür ve kimlik kaybı potansiyel risk faktörleri, toplum / aile bağları ve iletişimi potansiyel koruyucu faktörler olarak gösterilmektedir ⁵⁴⁻⁵⁶. Önemli bir husus yerel çevre ve yerel çevrenin azınlık statüsündekiler ile etkileşime girip girmediğidir. Örnek olarak, İsveçli çocukların İsveç dışında doğmuş ebeveynleri varsa ve onları azınlık olarak niteleyen bir bölgede yaşıyorlarsa tamamlanmış intihar riski daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın, İsveç dışı doğumlu ebeveynlerin nüfusun daha büyük oranını teşkil ettiği bölgelerde yaşamak intihar açısından daha koruyucudur ⁵⁷.

2.3.1.4. Cinsel Yönelim ve Cinsel Kimlik

Lezbiyen, eşcinsel, biseksüel, transseksüel (LGBT) gençlerin, heteroseksüel gençlere göre intihar düşünce ve intihar girişim prevalansları daha yüksektir ⁵⁸⁻⁶⁰. Cinsel azınlık statüsünün etkisi yerel LGBT desteğinin derecesine bağlı olarak sosyal ortamlarda değişebilir. Hem cinsel (sexual) hem de toplumsal cinsiyet (gender) olarak azınlık gençliğin (LGBT) daha yüksek risk durumu, cinsel azınlık olmayan gençlere göre hem evde hem de okulda yaşadıkları sürekli yüksek mağduriyet oranlarına bağlanabilir ^{61,62}.

2.3.2. Ailesel risk faktörleri

Ebeveyn psikopatolojisi; depresyon, madde kötüye kullanımı ve antisosyal davranışlar dahil olmak üzere ebeveyn psikopatolojisi gençlerde intihar girişimi ve tamamlanmış intihar için bir risk faktörüdür ^{63,64}.

Aile içi şiddet, istismar ya da ihmal ek risk faktörleridir. Aile içi şiddete maruziyet durumunda intihar riskinde 4-8 kat artış bildirilmektedir ⁶⁵.

İntihar davranışının ailesel ve belki de genetik olduğuna ve intihar davranışına olan eğilimin ailelerde kendi başına psikiyatrik bozukluktan bağımsız olarak aktarıldığına dair evlat edinme, ikiz ve aile çalışmalarından güçlü ve yakınsak kanıtlar vardır ⁶⁶. İntihar girişimi olan bireylerin ailelerinde tamamlanmış intihar riski artış gösterirken, intihar sonucu ölen bireylerin ailelerinde intihar girişimi riski artışı, aktarılan fenotipin, öldürücülüğü değişen düzeyde intihar davranışı eğilimi olduğu görüşünü desteklemektedir ⁶⁶.

İntihar girişiminde bulunan ve tamamlanmış intihar sonucu ölen ergenlerin yakınlarında, kesitsel olarak ⁶⁷⁻⁶⁹ ya da prospektif olarak ⁷⁰ yakın ve çocuklarının yüksek psikopatoloji oranları düzeltildikten sonra bile intihar davranışının 2-6 kat arttığı bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu olup intihar girişimi olan bireylerin çocukları ile duygudurum bozukluğu olup intihar girişimi olmayan bireylerin çocuklarını karşılaştıran yüksek risk çalışmaları çocuklardaki depresyon ya da diğer psikopatolojilerden bağımsız olarak intihar girişiminde bulunanların çocuklarında 5-6 kat artmış riski göstermektedir ^{47,71}. İntihar davranışı için daha fazla ailesel yüklülüğün, daha yüksek risk ve erken yaşta intihar girişimi ile ilişkili olması erken başlangıçlı intihar davranışının ailesel olabileceğini düşündürmektedir ⁷².

2.3.3. Çevresel risk faktörleri ve stresli yaşam olayları

Savaş ve çatışmalar, akültürasyon (Örneğin, Amerikan Kızılderilileri), ayrımcılığa maruziyet ve mahkumiyetin intihar riskini artırdığı bilinmektedir ²⁶. Eğitim, sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olduğu, iş olanaklarının az ve ekonomik sorunların olduğu bölgelerde yaşayan bireylerde intihar davranışı açısından risk artmıştır ⁶⁵.

2.3.3.1. İhmal ve istismar

Stresli yaşam olaylarının, sosyal veya bireysel krizlerin intihar riskini artırdığı bilinmektedir. Küçük yaşlarda yaşanan olumsuz deneyimlerin, cinsel, fiziksel ve duygusal istismarın gençler arasında intihar düşüncesi ve intihar girişimini öngördüğünü gösteren güçlü kanıtlar vardır ³⁴. Prospektif kohort çalışmalar ve ikiz çalışmaları cinsel istismarın, ebeveyn ve çocuğun özellikleri ve aile ortamının kalitesi gibi bağlamsal faktörlerden bağımsız olarak, ergen ve genç yetişkinler arasında intihar girişimi ve tamamlanmış intihar açısından benzersiz etkisini göstermiştir ⁷³⁻⁷⁵. Cinsel istismarın intihar düşüncesi ve teşebbüsü için bir başka güçlü risk faktörü olan fiziksel istismardan ⁷⁶ daha uzun süreli etkilere sahip olduğu gösterilmiştir ^{77,78}.

İntihar davranışında önemli olduğu varsayılan, karar verme becerisinde bozulma, sorun çözme becerilerinde yetersizlik, duygusal hassasiyet artışı, dikkat ve sözel akıcılıkta azalma gibi bilişsel değişikliklerin küçük yaşlarda yaşantılanan olumsuz deneyimlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir ⁷⁹.

2.3.3.2. Akran Zorbalığı

Güçlü kanıtlar akran zorbalığını gençler arasında intihar düşünceleri ve davranışları için bir risk faktörü olarak vurgulamaktadır. Zorbalık güç farkını dayanan ve tekrarlanan kasıtlı olarak zararlı veya rahatsız edici davranışlardan oluşmaktadır ⁸⁰. Uzunlamasına çalışmalar, çocukluk ve erken ergenlik döneminde sosyal dışlanma, sözlü / fiziksel istismar ve zorlamanın sonraki intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar bağlı ölüm üzerindeki etkisini göstermiştir ⁸¹⁻⁸³. Bu ilişki depresyon ve diğer psikiyatrik semptomlar düzeltildikten sonra büyük ölçüde devam etmektedir ⁸² ve akran zorbalığının özellikle kadın ergenler üzerindeki etkisi güçlüdür ⁸⁴.

2.3.3.3. Siber Zorbalık

Son zamanlarda bir çok araştırmanın odak noktası olan siber zorbalık, geleneksel zorbalığa benzemektedir ancak cep telefonu veya bilgisayar gibi elektronik cihazlar aracılığıyla ortaya çıkmaktadır ⁸⁵. Siber zorbalığın diğer ayırt edici özellikleri arasında failin anonimliği ve mağduriyetin potansiyel sıklığı ve kronikliği (örneğin, günde 24

saat zorbalığa uğrama riski vardır) bulunmaktadır. Kesitsel çalışmalar, siber zorbalık için hem uygulamanın hem de mağduriyetinin intihar düşüncesi ve girişimleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir ⁸⁵⁻⁸⁷. Siber zorbalığın geleneksel zorbalık biçimleri ile karşılaştırılabilir, hatta belki daha güçlü etkilere sahip olduğu gösterilmiştir ^{85,86,88}.

2.3.3.4. Akran ve medya etkisi

Başka bir husus da çevrede başka intiharların olup olmadığıdır. İntiharların zaman-mekan kümelenmesi gösterdiğine dair çok sayıda kanıt mevcuttur. Araştırmalar, kümelenmelerin (point clusters) ergenler arasında (örn. 15–19 yaş) daha yaygın olduğunu ve 24 yaşından büyük popülasyonlarda nispeten nadir olduğunu göstermektedir ⁸⁹⁻⁹¹. Bu kümelenmelerin nasıl ve niçin ortaya çıktığına dair çeşitli yorumlar mevcuttur. Sosyal öğrenme teorisi bunlardan birisidir ve akran etkisinin rolünü araştıran uzunlamasına çalışmalarla desteklenmektedir. Bu çalışmalar, ergenlikte intihar girişiminde bulunan ya da intihar sonucu ölen arkadaşına sahip olmanın gelecekteki intihar girişimini öngördüğünü göstermiştir ⁹². Yakın zaman dilimlerinde meydana gelen genellikle medya etkisiyle ortaya çıkan büyük kümelenmeler (mass clusters) ise akran etkisi ile ortaya çıkan kümelenme (point clusters) ile ilişkili ancak farklıdır. Bazı araştırmalar, intihar içerikli yayınların geniş çapta yayımlandığı ülkelerdeki büyük kümelenmeleri işaret ederken ⁹³, bazıları medyanın “kopya intihar” etkisine karşı çıkmaktadır ⁹⁴.

İntiharla ilgili ortak bir bilgi kaynağı olarak internetin potansiyel etkisi giderek daha fazla araştırılmaktadır. Çeşitli intiharla ilişkili bilgi kaynaklarını araştıran boylamsal bir çalışmada, çevrimiçi tartışma forumu kullanımının, akran etkisine benzer şekilde intihar düşüncesini artırdığı gösterilmiştir ⁹⁵.

2.3.4. Psikiyatrik etkenler

Ruhsal bir bozukluğun varlığı istikrarlı bir şekilde intihar riski ile en fazla ilişkilendirilen etkidir. Ruhsal bir bozukluğa sahip insanların yaklaşık %25- 50’si yaşamboyu en az bir kez intihar girişiminde bulunurken, %8-19’u ise tamamlanmış intihar sonucu hayatını kaybetmektedir ⁹⁶. İntihar mağduru çocuk ve ergenlere ilişkin psikolojik otopsi çalışmaları yaklaşık % 90’ının psikiyatrik bir bozukluğa sahip

olduğunu ve % 70'inin intihar anında komorbid bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu göstermiştir ^{97,98}. İntihar davranışı olan ergenlerin birçoğunda ruhsal bir bozukluk olmasına rağmen bu, ruhsal bozukluğu olan her bireyin intihar davranışında bulunacağı anlamına gelmez; güçlü bir prekürsör olabilir ancak tam bir açıklayıcı olmayacaktır ⁹⁹.

Ergen ve genç erişkinlere ilişkin yapılan 7 otopsi çalışmasının verilerini değerlendiren bir sistematik derleme incelenen intiharların % 47-74'ünün ruhsal bir bozukluk ile ilişkilendirilebileceğini, bunların içerisinde duygudurum bozukluklarının en yüksek payı aldığını, ayrıca komorbitenin, özellikle ruhsal bozukluk ve madde kötüye kullanım birlikteliğinin intihar riskine güçlü bir katkı yaptığını belirtmiştir ¹⁰⁰.

İntihar davranışında bulunan ergenlerle yapılan çalışmalarda istikrarlı bir şekilde depresyon en sık rastlanılan ruhsal bozukluk olmuştur ¹⁰¹. Genç intihar mağdurlarının % 61-71'i, intihar riskini 8-13 kat artıran bir duygudurum bozukluğu tanısı alırken bunlardan %32-52'si major depresif bozukluk (MDB) olarak değerlendirilmiştir. Major depresif bozukluk tanısının intihar riskini 27 kat artırdığı belirtilmiştir ^{35,97}.

Bipolar bozukluk, yaşam boyu prevalansı % 20 ¹⁰² ila % 44 ¹⁰³ arasında değişen intihar girişimi oranları ile ilişkilidir. Bipolar bozukluğu olan gençlerdeki intihar girişimi riskini araştıran prospektif bir çalışmada inatçı depresif belirtiler, aktif madde kötüye kullanımı, karma duygudurum ve ailede depresyon öyküsünün önemli derecede intihar davranışı riskini öngördüğü bulunmuştur ¹⁰⁴.

Anksiyete ve subdiagnostik anksiyete semptomları, 11 ülkeden 12.395 ergen ile yapılan bir çalışmada intihar riskindeki artışla ilişkili bulunmuştur ¹⁰⁵.

Sigara içmeyi de içeren madde kötüye kullanım bozuklukları intihar riskinin artmasıyla ilişkilidir ⁹⁹. Klinik olarak, madde bağımlılığının ruh sağlığı ilişkili güçlüklerden önce başlayıp başlamadığını belirlemek zordur. Ergenlik, hem intihar davranışı hem de madde kötüye kullanımının arttığı ve zayıf dürtü kontrolünün her ikisi için de bir risk faktörü olduğu bir dönemdir ¹⁰⁶.

Psikotik bozukluklar genel gençlik intihar oranına nispeten küçük bir katkı yapmaktadır ⁹⁹.

Yeme bozuklukları ve zayıf beden imajı intihar davranışı ile ilişkilidir ¹⁰⁷. Anoreksiya nervozadaki intihar riskinin % 2-15, bulimia nervoza için % 0.4 ila % 2 olduğu tahmin edilmektedir ve yeme bozukluğu olan ergen erkekler arasında kız ergenlere göre daha yüksek oranlardadır ¹⁰⁸.

Dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğunda, özellikle erkeklerde ve depresyon, davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı gibi komorbid durumların varlığında intihar davranışı için ılımlı bir risk artışı mevcuttur, bu üç durumun birlikteliği halinde ise risk ciddi biçimde artmaktadır ¹⁰⁹. DEHB ve intihar konusundaki 25 çalışmaya ait bulguları değerlendiren bir derleme iki olgu arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır ¹¹⁰.

Borderline ve antisosyal kişilik bozukluğunda intihar riski topluma göre yüksektir ve yaşam boyu intihar hızı %3-9'dur. İntihar riski genel popülasyona göre 7 kat artmıştır. Psikoloji otopsi çalışmalarında intihar sonucu ölenlerin 1/3'ünde bir kişilik bozukluğu olduğu öne sürülmüştür ⁹⁶. İntihar girişiminde bulunan erişkin bireylerin %40'ında bir kişilik patolojisi mevcutken kişilik bozukluğu olan bireylerin %40-90'ı hayatlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunmaktadır ³³. Kişilik bozukluğu bir çok yoldan intihar davranışı üzerine belirleyici olabilir; depresif bozukluklar, alkol ve madde kullanımı gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklara yakınlık oluşturmakta, ilişkisel ve sosyal uyumla ilişkili sorunlara sebep olmaktadır ¹¹¹.

2.4. İntiharın Niteliği ve Yapısal Özellikler

2.4.1. İntiharın niteliği ve dürtüsel girişim

Tek bir tür intihar davranışı yoktur. İntihar nedenleri, sonuçları veya eylemin kendisinin çeşitli özellikleri (örneğin; kullanılan yöntem v.b.) açısından tasnif edilebilir. Örneğin Durkheim intiharı toplumsal nedenlere göre bencil, özgeci ve kuralsız intihar olarak üçe ayırmaktadır ⁴.

Bazı intihar girişimleri, girişim nedeniyle kazanç ve etki sağlama bağlamında manipülatif veya histerik girişim olarak değerlendirilmektedir. Acil sağlık ekibinin sık

sık karşılaştığı bu durum, sağlık ekibinde bıktırıcı ve reddedici bir tutuma neden olabilse de gerçek ölüm niyetini ayırt edememe riski nedeni ile dikkatli ve hassas yaklaşmak gerekmektedir. Her girişimin en azından yardım çağrısı olduğu unutulmamalıdır ¹¹². İntihar girişiminin potansiyel ölümcüllüğü bağlamında ciddi girişim, ciddi olmayan girişim olarak sınıflandırılması da yaygındır.

Klinik pratikte en sık yapılan tasniflerden biri ise intihar davranışının gelişimi bağlamında dürtüsel girişim veya planlı girişim olarak ayrımıdır. İntihar çoğu zaman ölüm arzusundan intihar düşüncelerine, daha sonra planlamaya ve daha sonra intihar girişime kadar her aşamada risk artışıyla ilerleyen bir süreç olarak anlaşılmaktadır ¹¹³. Bununla birlikte bazı çalışmaların sonuçları bununla tutarlı değildir; bazı durumlarda intihar girişiminde bulunma riskinin, önceden tasarım veya planlama yapılmadan hızlı bir şekilde geliştiğini göstermektedir ¹¹⁴⁻¹¹⁶. Bu “dürtüsel” girişimlerin oranı bazı çalışmalarda % 80'e kadar çıkmaktadır ¹¹⁷⁻¹¹⁹. Bu gözlemlere, “insanların dürtüsel olarak intihara teşebbüs etmediği” ¹²⁰ ve hemen hemen tüm vakalarda intiharın öngörülebileceği argümanları ile karşı çıkan araştırmacılar mevcuttur ¹²¹.

Literatürde "dürtüsel intihar girişimi" teriminden ilk olarak 1890'lı yıllarda, Durkheim'in çalışmasında ⁴ bahsedilmektedir, 1950'li yıllardan itibaren ise dürtüsel intihara dair bildirimler yapılmaya başlanılmıştır ^{122,123}. Dürtüsel terimi hem eylemin niteleyebilen hem de bir kişilik özelliğini imleyen bir sözcük olması nedeniyle kullanımına dikkat gösterilmesi gerektiği ya da “plansız” ya da “az planlanmış” intihar gibi alternatif terimlerin kullanılması gerektiği önerisinde bulunulmuştur ¹²⁴.

2.4.1.1.Dürtüsel intihar girişiminin saptanması

Dürtüsel intihar girişiminin tespiti için araştırmalarda temel olarak üç kriter kullanılmıştır: (a) zaman ilişkili kriter, (b) proksimal plan ya da hazırlığın yokluğu, (c) ömür boyu ya da geçtiğimiz yıl plan yapma ¹²⁵. İlk iki grup proksimal olayları değerlendirirken, üçüncü daha distal olayları değerlendirmektedir.

Zaman ilişkili kriterde intihar düşüncesi/ planlaması ile intihar girişimi arasında kısa bir zaman aralığı varsa eylem dürtüsel olarak tanımlanır. Girişimi dürtüsel olarak tanımlamak için kullanılan zaman aralığı 5 dakika ila 3 saat arasında değişir ^{114,126,127}. Hazırlık süresi dahil edilmişse bu süre bir güne kadar

uzayabilmektedir ¹²⁸. Şu anda bu kesme noktalarının hiçbirini için araştırma temeli yoktur.

Bu kriterde çeşitli zaman aralıklarının ne ölçüde üst üste geldiği açık değildir. Teorik olarak bu zaman dilimleri değişebilir; örneğin, karar verme süresi intihar düşüncesinden daha kısa olmalıdır, çünkü karara biraz düşünmeden sonra ulaşılır. İntihar girişimi sonrası bir psikiyatri kliniğine başvuranların yaklaşık dörtte üçünün karar aşamasının 10 dakikadan daha kısa olduğu ancak sadece yarısının intihar düşünce süresinin bu kadar kısa olduğu bildirilmiştir ¹²⁹. Başka bir hasta grubunda intihar düşüncesi, karar verme ve planlama süresi arasında sadece orta düzey (0,37-0,59) ilişki olduğunu gözlemlenmiştir. ¹³⁰. Dolayısıyla zaman ilişkili kriterin uygulamasında büyük tutarsızlıklar vardır.

Proksimal plan ya da hazırlığın olmaması kriteri ise çalışmalarda en yaygın kullanılan kriterdir. Bu kriter dürtüsel girişimi eylemin yeterince düşünülmeden tasarlanması ve/veya ölüme hazır hale gelmek için atılmış gerçek adımların yokluğu ile tanımlamaktadır. Bu gruptaki çalışmalar tarafından sık kullanılan değerlendirme yöntemleri, İNÖ, İNÖ'nin nesnel durum alt ölçeği veya ölçekteki spesifik bir kaç maddedir ¹³¹.

Bu grupta sık kullanılan değerlendirme yöntemi (İNÖ'nin nesnel koşullar alt ölçeği) Conner (2004) tarafından en geçerli planlama / dürtüsellik değerlendirmesi olarak önerilmiştir. Ancak yeni araştırmalar bu değerlendirmenin geçerliliği ile ilgili bazı komplikasyonlar göstermektedir. Çok uluslu bir çalışma, İNÖ'nin bir parçası olan nesnel koşullar kısmının yapı geçerliliği olmadığını göstermiştir ve nesnel koşullar alt boyutunun üniter bir faktörü değerlendiren bir ölçek yerine klinik gözlemler topluluğu olduğu sonucuna varmıştır ¹³². Bu nedenle İNÖ'nin faktör yapısının araştırma grupları tarafından farklı farklı rapor edilmesi şaşırtıcı değildir ¹³³⁻¹³⁵. Bu durum araştırmacıları objektif koşullar / planlama alt ölçeği olarak karşılaştırılmalarını zorlaştıran farklı madde setleri kullanmaya teşvik etmiştir.

Bu alt ölçeğin “niyetin davranışsal göstergelerini” ¹³⁶ veya planlamayı ¹³⁷ değerlendirip değerlendirmeyeceği konusunda devam eden bir tartışma da vardır. Alt bölümdeki bazı öğeler doğrudan planlama ile ilgili değildir. Özellikle, girişim sırasında yanında birinin olup olmadığını değerlendiren madde (madde 1), olayın

müdahale olasılığı açısından zamanlaması (madde 2), müdahale edilmeye karşı önlemler (madde 3), girişim sırasında / sonrasında yardım almak için önlem (madde 4) teşebbüsün amacı (madde 9), çevrenin olay esnasında ve sonrasında durumunu yansıtmaktadır. Girişim öncesi planlama, hazırlık ya da karar aşamasını özellikle madde 5 (ölüm beklentisiyle son eylemler), 6 (planlama), 7 (bir intihar notu yazma) ve 15 (tasarlanma derecesi) ile değerlendirilmektedir. Bazı yazarlar tüm nesnel koşullar alt ölçeğini kullanırken, bazıları ise özellikle dürtüsel girişimi değerlendirmek en sık 6. ve 15. maddeler olmak üzere bazı maddeleri kullanmaktadır (örneğin; Baca-García et al., 2001).

İNÖ kullanılarak yapılan değerlendirmenin yanı sıra, tıbbi kayıtlardan toplanan veriler ¹³⁹ veya kişinin girişim öncesi planının varlığını değerlendiren evet-hayır soruları ¹¹⁶ gibi diğer kaynaklar da planlama değerlendirmesi için kullanılmıştır. Proksimal planlama / hazırlıkların değerlendirilmesi bu nedenle literatürde tutarlı değildir ve geçerliliği daha fazla dikkat gerektirir. Bununla birlikte, bu gruptaki kriterlerin kullanımı, diğer gruplardaki kriterlere göre bazı avantajlar göstermektedir. Önemli olarak, bu kriter sadece intihar girişimleri için değil tamamlanmış intiharlardaki dürtüsellliği değerlendirmek için de kullanılmıştır ¹⁴⁰.

Kişinin ömrü boyunca veya önceki 12 ay boyunca bir intihar planının olmaması kriteri girişimin dürtüsellliğini değerlendirmek için iki soru kullanmaktadır: “Daha önce hiç intihar planı yaptınız mı?” ve “Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?” ¹⁴¹. Bu kriter grubu, gerçek girişimin distalindeki olayları değerlendirir ve “önceden tasarlanmanın tarihsel değerlendirmesi” olarak adlandırılabilir ¹³⁰. Bu kriteri kullanan çalışmalar genellikle gerçek intihar girişiminin daha önce yapılan planla uyuşup uyuşmadığını karşılaştırmaya çalışmaz.

2.4.1.2.Dürtüsel girişimin özellikleri

Dürtüsel girişimlerde ölüme yönelik niyetin daha düşük olduğu ve girişimi yapan tarafından ölümcül sonuç beklentisinin daha düşük olduğu gösterilmiştir ¹¹⁴. Gerçek ölümcüllük (bulgulardaki lezyonların gerçek ciddiyeti veya girişimin toksisitesi ¹¹⁴) ve kullanılan yöntemin şiddet içeriğine dair bulgular daha az tutarlıdır. Ergenlerde

yapılan çalışmalarda girişimin ölümcüllüğü ile dürtüsellığı arasından bir ilişki bulunamazken, yetişkinlerde dürtüsel girişimin daha az ölümcüllükle ilişkili olabileceği bulundu ¹²⁵.

Hem kantitatif hem de kalitatif çalışmalar, köprüden atlamak, trenin önüne atlamak, ateşli silah kullanmak veya ası gibi şiddet içeren yöntemlerin, az düşünülmüş ve planmış bazı intihar girişimlerinde kullanılabileceğini göstermektedir ^{114,118,142-144}. Kalitatif araştırmalar, bu gibi vakaların, sonrasında ölüme dair niyetiyle ilgili ambivalan tutum veya niyeti olmadığını bildirirse de ölümcül sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir ¹⁴²⁻¹⁴⁴.

2.4.1.3. Dürtüsel girişim koşulları

Şaşırtıcı bir şekilde, çoğu araştırma dürtüsel girişimlerin madde veya alkol etkisi altında daha muhtemel olduğu hipotezini desteklememektedir ^{75,125}.

Olumsuz yaşam olaylarının sıklığı ile dürtüsel girişim arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların karışık sonuçları mevcuttur. Çoğu çalışma hem dürtüsel hem de dürtüsel olmayan intihar girişimlerinden önce yüksek olumsuz kişilerarası yaşam olayları sıklığına işaret etmiştir ¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. Bununla birlikte, bu olumsuz yaşam olayları bilhassa girişimin anılığı ile ilişkili gibi durmaktadır ¹³⁰.

Nitel araştırmalar ayrıca bir kriz sonucu (özellikle kişiler arası çatışmalar ¹⁴⁸) hızlıca ortaya çıkabilen öfke, utanç ve suçluluk gibi yoğun olumsuz duyguların dürtüsel girişimle ilişkisini göstermektedir ^{142,143,149-151}. Dürtüsel intihar girişimleri sıklıkla gerilimi azaltıcı ¹²⁷ ya da sorundan kaçma motivasyonu ile yönlendirmekte ¹¹⁹ olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. Bununla birlikte yoğun duygulanım sadece dürtüsel değil bütün intihar girişimlerinin öncüsü olarak değerlendirilmektedir ¹⁵².

2.4.2. Dürtüsel intihar girişiminde bulunanların özellikleri ve psikopatoloji

Sadece iki demografik özellik (cinsiyet ve yaş) tutarlı bir şekilde değerlendirilmiş ve çoğu çalışmada dürtüsellik ile ilişkisi gösterilememiştir. Bununla birlikte daha genç yaş girişiminin daha ani olması ile ilgili bazı göstergeler mevcuttur ¹²⁵.

Psikopatoloji açısından hem proksimal planlama yokluğu hem de girişimin ani olması, ruhsal bozukluğun olmaması veya daha az komorbid koşulun varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Umutsuzluk ve depresyon puanlarının düşük olması girişimin aniliği ile ilişkilendirilmiştir ¹²⁵.

2.4.3. Yapısallık dürtüsellik

Dürtüsellğin göreceli olarak süreklilik arz eden, kişilik özelliği olarak da nitelendirilebilen “yapısal” (trait) ve çevresel koşullara göre değişebilen “durumsal” (state) olarak tanımlanabilen iki alt boyutundan söz edilmektedir ¹⁵³.

Yapısal dürtüsellik, sıklıkla dürtüsel bireyin içsel ve dışsal uyarılara karşı kendini veya diğerlerini olumsuz etkileyebilecek sonuçları yeterince öngörmeden hızlı ve plansız yanıtlar verme yatkınlığı olarak tanımlanmaktadır ^{154,155}. Bu anlamda dürtüsellik bir çok psikiyatrik tanının çekirdek belirtileri arasında sayılmaktadır.

Dürtü kontrolü ihtiyaç duyulan veya arzulanan şeyler için içsel ya da dışsal olarak harekete geçirilen güçlü isteği modüle eden, düzenleyen aktif bir engelleyici-inhibitör mekanizma olarak tariflenmektedir. Bu mekanizma sayesinde refleksler ve hızlı koşullanmış yanıtlar baskılanabilir, ertelenebilir ve bu sayede daha yavaş işleyen bilişsel mekanizmalar davranışı kontrol edebilir. Bu bağlamda dürtüsel eylem, bu tür fevri yanıtları engelleyememe olarak tanımlanabilir ¹⁵⁶.

Dürtüsellğin geliştirilen testler ve elde edilen bulgulara dayanarak birçok boyutu olduğu ortaya konulsa da temel olarak iki boyutu öne çıkarılarak kavramsallaştırılmaktadır; (1) dürtüsel seçim (bilişsel dürtüsellik), (2) dürtüsel eylem (motor veya davranışsal dürtüsellik).

Bilişsel dürtüsellik, gecikmeli olarak elde edilecek daha büyük ödüllere göre hemen elde edilecek küçük ödülleri tercih etme eğilimi olarak tanımlanırken davranışsal dürtüsellik, bir davranışın başlamasının önlenmesinde veya daha önce başlatılmış bir davranışın durdurulmasında yaşanan güçlük olarak tariflenmektedir ¹⁵⁷. Bu iki dürtüsellik biçiminin aynı yapının farklı yönleri olduğu görüşünü desteklenerek, birbirleriyle zayıf bir şekilde ilişkili oldukları bulunmuştur ^{158,159}.

Dürtüsellik ergen ve gençlik intihar literatüründe en çok çalışılan bilişsel süreçtir ve intihar düşünceleri ve davranışları için orta derece bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Tipik olarak öz bildirim ölçekleri kullanılarak değerlendirilen yapısal dürtüsellik ergenler ve genç yetişkinler arasında intihar düşüncesi ve intihar girişimini öngördüğü gösterilmiştir ^{160,161}. Ancak çok değişkenli modellerde değerlendirildiğinde, intihar düşüncesi ve girişimini değil, sadece intihar planı gibi belirli sonuçları yordayıcı olduğu öne sürülmüştür ¹⁶¹. Diğer dürtüsellik araştırmaları büyük ölçüde kesitseldir ve karışık bulgular mevcuttur. Bu gittikçe artan bir şekilde dürtüsellik ile intihar düşünceleri ve davranışları arasındaki ilişkinin küçük olduğunu öne süren yetişkin literatürü ile uyumludur ¹⁶². Ancak saldırganlıkla-agresyonla birlikte ele alındığında, dürtüsellik (yani dürtüsel saldırganlık) daha sağlam bir korelasyon ve potansiyel risk faktörü olabilir ⁴⁷. Özellikle erkek ergenler arasında intihar düşüncesi ve girişimi için olası risk faktörleri olarak öfke ve saldırganlığı destekleyen araştırmalara ¹⁶³⁻¹⁶⁵ ek olarak dürtüsel saldırganlığın-agresyonun, intihar riskinin ailesel aktarımını öngördüğü gösterilmiştir ^{72,166,167}. Dürtüsellik gençlerde kendine zarar verme davranışı ile de ilişkili bulunmuştur ¹⁶⁸. Yapısal dürtüsellik dürtüsel intihar ile ilişkisi ise açıkça gösterilememiştir ^{116,169,170}.

2.4.4. Benlik saygısı ve umutsuzluk

Ergenleri kapsayan birçok uzunlamasına çalışma, intihar düşüncesi veya intihar girişimi öyküsü ve depresyon gibi temel faktörlerin kontrolünden sonra intihar düşüncesi veya girişimini öngörmediği için umutsuzluğun daha distal bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir ^{163,171,172}. Umutsuzluk belirli bir zamanda ergenler arasında intihar düşüncesinin ve davranışının ortaya çıkmasının tek sebebi olmasa da bulgular, zaman içinde intihar düşüncelerinin ve davranışlarının kronikliğini ve yörüngesini belirlemede oynayabileceği rolü vurgulamaktadır. Özellikle temel psikopatoloji kontrol edildikten sonra umutsuzluğun artmış intihar düşüncesi gösteren ergenleri karakterize ettiği gösterilmiştir ^{44,45}.

Girişimin niteliği açısından ele alındığında umutsuzluğun hem dürtüsel hem de planlı girişimde yüksek olduğu, istatistiksel olarak önemli düzeyde olmada da dürtüsel girişimde bulunanlarda umutsuzluk skorlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir ¹¹⁴.

Benlik saygısı bireyin kendi saygınlığına dair yaptığı bir değerlendime olarak belirtilmiş ve bireyin kendi başarı, önem, yeterlilik ve değerlerine dair inancının ve kendinin onaylama tutumunun ifadesi olarak tanımlanmıştır¹⁷³. Rosenberg (1965) ise bireyin benlik kavramına dair kendini değerlendirmesi sonucu ulaştığı “değerlilik” yargısı olarak tanımlamıştır¹⁷⁴. Bu bağlamda yüksek benlik saygısı bireyin kendini değerli görmesi ile ilişkilendirilirken düşük benlik saygısı bireyin kendini eksik, yetersiz ve değersiz olarak değerlendirdiğini ve kendine saygı duymadığını ifade etmektedir. Düşük benlik saygısına sahip bireylerin kendilerine dönük olumsuz benlik kavramına dair sıkıntı oluşturan duygu ve bilişlerden kaçış olarak intihara yönelebildikleri öne sürülmüştür¹⁷⁵. Bu bağlamda benlik saygısının yaşamda karşılaşılan stres kaynakları ve intihar düşüncelerine karşı koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir. Araştırmalarda düşük benlik saygısı ile intihar düşüncesi ve davranışı arasındaki ilişki güçlü bir şekilde gösterilmiştir¹⁷⁶⁻¹⁷⁸. Dürtüsel girişim bağlamında literatürde veriye rastlanmamıştır.

2.4.5. Duygu düzenleme ve stresle başa çıkma

Duygu düzenleme (a) duyguların farkındalığı ve anlaşılması, (b) duyguların kabul edilmesi, (c) dürtüsel davranışları kontrol edebilme yeteneği ve olumsuz duyguları yaşarken istenen amaçlara uygun davranabilme, (d) bireysel hedefleri ve durumun gereklerini karşılamak amacıyla istenen şekilde duygusal tepkileri modüle etmek için uygun duygu düzenleme stratejilerini esnek bir şekilde kullanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bu alanlarda yaşanan güçlük olarak tanımlanan DDG; başta borderline kişilik bozukluğu olmak üzere depresyon, madde kullanımı, yaygın anksiyete bozukluğu ve kompleks TSSB ve bir çok bozuklukla ilişkilendirilmektedir¹⁷⁹. Linehan (1993) tarafından boderline kişilik bozukluğu gelişimi üzerine kapsamlı kuramında DDG’nin bu bozukluğun merkezi özelliği olduğu ve (duygu düzenleme işlevi gördüğü düşünülen) kendine zarar verme davranışı da dahil olmak üzere bu bozuklukla ilişkili davranışların altında yattığı şeklinde açıklamıştır¹⁸⁰. Kendine zarar verme davranışı ile benzer şekilde intihar da olumsuz duyguları azaltmak amaçlı kullanılan uyumsuz bir strateji olarak değerlendirilmektedir¹⁸¹.

DDG'nin farklı yönlerinin ergenlikteki intihar düşüncesi ve girişimi ile ilgili olduğunu gösteren birkaç uzunlamasına çalışma vardır. Bir uzunlamasına çalışma, duyguları tanımlamanın zorluğunun ve etkili düzenleme stratejilerinin kısıtlılığının, depresif belirtiler kontrol edildikten sonra intihar girişimini öngördüğünü göstermiştir¹⁸¹. Sınırlı duygu düzenleme stratejilerine sahip olmanın, duyguları tanımlamakta zorluk çekmekten daha öngörücü olduğu bulunmuştur¹⁸¹⁻¹⁸³. Olumsuz düşünce ve duyguların ruminasyonu ve bastırılması gibi büyük ölçüde uyumsuz bilişsel stratejiler benzeri duygu düzenleme yaklaşımları, ergenlerde ve genç erişkinlerde intihar düşüncesiyle ilişkilendirilmiştir^{43,184-186}. İntihar girişiminin dürtüsellığı bağlamında literatürde DDG ile ilişkili veriye rastlanmamıştır.

Stresle başa çıkma kavramı da uzun zamandır psikoloji literatüründe yer almaktadır. Strese sebep olan etken ya da olayların olumsuz tesirlerini azaltmak, mümkünse ortadan kaldırmak ve bunlarla mücadele etmek amacıyla kullanılan duygusal, bilişsel ve davranışsal mekanizmalar olarak tanımlanmıştır^{187,188}. Başa çıkma tarzları ise bireylerinin farklı durumlarda strese karşı verdikleri tepkilerle karakterize olan baş etme yöntemleridir¹⁸⁹. Başa çıkma tarzları temelde stres kaynağını ortadan kaldırma amaçlı “uyumlu” veya stres kaynağından uzaklaşmayı hedefleyen “uyumsuz” başa çıkma tarzları olarak sınıflandırılmaktadır¹⁹⁰. Aktif başa çıkma tutumları, pasif ve kaçınmacı başa çıkma tutumlarına göre daha olumlu olarak değerlendirilmektedir.

İntihar girişimleri genellikle stres yaratan yaşam olayları sonrasında oluşmakta ancak stresin kendisinden ziyade kişinin stresle nasıl baş ettiği belirleyici olmaktadır¹⁹¹. İntihar davranışı kaçınma gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile ilişkilidir¹⁹²⁻¹⁹⁴ ve uyumlu başa çıkma stratejileri koruyucu faktör olarak işlev görmektedir^{195,196}. İntihar davranışı olan ergenler üzerine mevcut uluslararası araştırma literatürünün sistematik bir derlemesinde de intihar girişimi olanların intihar girişimi olmayanlara ya da normal kontrollere göre problem çözme becerilerinin kısıtlı olduğu belirtilmiştir¹⁹⁷. Dürtüsel girişim bağlamında ele alındığında ise bir çalışmada dürtüsel intihar girişimde bulunanların, planlı intihar girişiminde bulunanlara göre sorun odaklı yaklaşımın daha düşük ve duygu odaklı yaklaşımın daha yüksek olduğu, daha çok kaçınma davranışına başvurdıkları gösterilmiştir¹⁹⁸.

2.4.6. Bağlanma

Bağlanma, çocuk ile anne veya bakım veren arasındaki ilişkiden temellenen, bakım veren kişi ile yakınlık arayışıyla oluşan, stres ve sıkıntı veren durumlarda belirginleşen, sürekliliği ve devamlılığı olan bir bağ olarak tanımlanabilir ¹⁹⁹.

Bağlanma davranışı; bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde bağlanma figürü ile yaşanan deneyimler tarafından oluşturulur. Bağlanma davranışı, sonraki dönemlerde değişikliğe uğrasa da temelleri ilk üç yaşta atılmaktadır ²⁰⁰.

Bowlby'nin kuramına göre insanda doğuştan bağlanmayı kolaylaştıran bir davranış örüntüsü mevcuttur. Bağlanma ile yakınlığın sürdürülmesi, karşılıklı bağlanma gereksinimini karşılayan doğal bir süreçtir. Bu süreçte kişi deneyimleri sonucu kendisine ve dış dünyaya anlamlar verir. Deneyimler içselleştirilerek ve diğer ilişkilere uyarlanarak kendisi ve diğerlerine dair bilişsel şemalar, Bowlby'in adlandırmasıyla "içsel çalışan modeller" oluşturulur ²⁰¹. İçsel çalışan modeller, kendiliğe ve diğerlerine dair kanaatlerin etrafında oluşarak, kişinin yakın ilişkilerini şekillendirmesini ve devam ettirebilmesini sağlar ²⁰².

Bağlanma kuramının gelişimine katkısı olan Ainsworth yabancı durum testi ile annesinden ayrılan ve sonrasında annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerini ve bağlanma örüntülerini incelemiştir ve güvenli kaygılı-ikircikli ve kaçınan olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır ²⁰³. Daha sonra bunlara dağınık (dezorganize) bağlanma adında üçüncü bir güvensiz bağlanma tipi daha eklenmiştir. Bartholomev ve Horowitz tarafından ise "içsel çalışan modeller" kavramı temel alınarak güvenli bağlanma, kayıtsız bağlanma, saplantılı bağlanma, korkulu bağlanma olarak dört çeşit bağlanma tarzı tanımlanmıştır ²⁰⁴.

Kurama göre bakımverenle geliştirilen ilişki paternleri yaşamın sonraki dönemlerinde kurulan sosyal ilişkiler açısından ve bireyin ruh sağlığı açısından belirleyici olmaktadır ²⁰⁵. Bowlby'den itibaren güvenli bağlanma sonraki yaşam dönemlerinde, sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilirken, güvensiz bağlanma psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir ²⁰⁶. Kaygılı/ikircikli bağlanma depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları, kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışsallaştırma

bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. Lise öğrencilerinde kendi bağlanmalarına dair algıları depresyon, yeme bozuklukları, madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur ²⁰⁷. Obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kronik ağrı bozukluğu ve kişilik patolojilerinin güvensiz bağlanma ile ilişkisi çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir ^{51,208-216}.

Güvensiz bağlanma tarzı, yüksek intihar riski ile de ilişkilidir. Adam (1994) çocukluktaki güvensiz bağlanmanın, benlik tasarımları, duygu düzenlemesi ve kişilerarası zorluklar üzerine etkiyerek sonraki zamanlarda yaşamboyu intihar düşüncesi açısından distal risk oluşturabileceğine dair gelişimsel bir model önermiştir ²¹⁷. Olumsuz erken bağlanma deneyimleri ve buna bağlı güvensiz bağlanma karamsarlığa, düşük özgüvene, umutsuzluğa neden olabilir ve ergen bireyin istikrarlı bir kimlik duygusu geliştirmesini engelleyebilir. Bu hassas özellikler ergenin reddedilme, kaybetme veya hayal kırıklığı deneyimiyle birleştiğinde, deneyim bireyi kendi kendini imha etmeye zorlayabilecek aşırı sıkıntı ve uyumsuz savunma reaksiyonlarıyla bir bağlanma krizine dönüşebilir ²¹⁷. İntihar davranışı belirli kişilere karşı düşmanca bir yanıtı veya sosyal izolasyona, yabancılaşmaya karşı bir itirazı temsil edebilir. Bu tür intihar davranışı bağlanma sisteminin uç kaçınan etkisizleştirmesini (avoidant deactivation) temsil etmektedir. İntihar girişimi bireyin kendi başına üstesinden gelemediği güçlük ve acılar nedeniyle yardım ve ilgi için bir çığlık işlevi görebilir. Bu tür intihar davranışları bağlanma kuramı açısından bağlanma sisteminin kaygılı hiperkativitesi (anxious hyperactivation) olarak değerlendirilmektedir ²¹⁸.

Ergenlerde yapılan sınırlı sayıda retrospektif veya kesitsel çalışma, klinik ve klinik olmayan örneklerde bağlanma tarzı ile intihar arasındaki ilişkiyi incelemiş, bir çoğunda güvensiz bağlanma doğrudan ve dolaylı olarak intihar davranışı ile ilişkilendirilmiştir ^{36,219-225}. Prospektif olarak yapılan bir çalışmada 1 yıllık takipte düşük güvenli ve kaçınan bağlanmanın intihar davranışı riskini artırdığı bulunmuştur ²²⁶.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Seçilimi

3.1.1. Olgu grubunun seçimi

Araştırmamız, Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde, araştırmaya gönüllü olan 14-18 yaşları arasındaki kız ergenler ve ebeveynleri ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın etik kurul onayı 09.2018.882 protokol no ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek-1).

Araştırma öncelikle cinsiyet farkı gözetmeksizin intihar girişimi olan kız ve erkekleri değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Ancak araştırmanın ilk 3 ayında intihar girişiminde bulunan erkeklerin 5'i hükümlü olduğu için, 4'ü Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koruması altında olduğu için çalışmaya dahil edilememiş, çalışmaya katılan erkek ergen sayısı 2 ile sınırlı kalmıştır. Araştırmamızdaki erkek ergen oranı, intihar girişimininde bulunan erkek ergen popülasyonu yansıtmadığı için 2 erkek vaka çıkarılarak araştırma örneklemini intihar girişiminde bulunan kız ergenler olarak güncellenmiştir.

Araştırmanın örneklemini, Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne son 1 yıl içerisinde intihar girişimi nedeni ile başvuran 14-18 yaş aralığındaki kız ergenler ve çalışmaya katılmaya gönüllü anne veya babaları oluşturmaktadır. Çalışma hakkında bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-3). Çalışmaya dahil olma kriterlerine uyan ve kendilerinin ve ailelerinin katılım için gönüllü olduğu ergenlerden, 14-18 yaş aralığındaki 46 kişi intihar girişimi grubu oluşturulmuştur.

Olgu grubu için çalışmaya dahil olma kriterleri:

1. 14-18 yaş aralığında olmak,
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve katılım için onam vermek,

3. Son 1 yıl içerisinde intihar girişiminde bulunmak

Olgu Grubu için çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

1. Zeka düzeyinin 70'in altında olması,
2. Yaygın gelişimsel bozukluk tanısının olması,
3. Nörolojik bozukluk tanısının olması (epilepsi...vs) ,
4. Madde kullanımı ya da kafa travması öyküsünün bulunması ,
5. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koruması altında ya da tutuklu/hükümlü olması.

3.1.2. Kontrol grubunun seçimi

Çalışmanın kontrol grubunu Pendik İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı liselerde öğrenim görmekte olan 14-18 yaşları arasında kronik tıbbi veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve gönüllü olan katılımcılar oluşturmaktadır (Ek-2) Hastalarla yapılan yarı-yapılandırılmış görüşme formuna dayalı değerlendirme sonucunda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almayan ergenler çalışmaya dahil edilmiştir. Olgu grubu ile cinsiyet açısından eşleştirilmiştir ve yaş açısından da benzer dağılım gösteren 29 ergen çalışmaya dahil edilmiştir.

Kontrol grubu için çalışmaya alınma ölçütleri:

- 1.Çocuk ve ebeveynin çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- 2.Daha önce çocuk psikiyatri başvurusu olmaması
- 3.Yarı-yapılandırılmış görüşmede psikiyatri tanısı almaması

Kontrol grubu için çalışmadan dışlanma ölçütleri:

1. Zeka geriliği ($IQ \leq 70$),
2. DSM-5'e göre klinik düzeyde bir psikiyatrik bozukluk varlığı,
3. Kronik ve ciddi tıbbi hastalık, nörolojik bozukluk varlığı.

3.2. Araştırmanın Deseni

Gözlemsel ve kesitsel klinik bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.3. Yöntem

İlk aşamada çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri ve ailelerindeki güncel/geçmiş psikiyatrik yakınma veya hastalık öyküsü araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol grubuna genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanılarının saptanması amacıyla araştırmacı tarafından çocuk/ergen ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması yapılmıştır (KD-SADS). Yapılan görüşmelerde KD-SADS ile taranamayan bozuklukların tanıları araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler ile hasta grubunun klinik tanıları belirlenmiştir; kontrol grubunun ise sağlıklı gruba uygunluğuna bakılmıştır, klinik düzeyde psikiyatrik tanı karşılayan kişiler sağlıklı (kontrol) grubuna alınmamıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayanların değerlendirilmesine devam edilmiştir. Tüm ebeveynlere ‘Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği’ verilmiştir. Ergenlere ise “Beck Umutsuzluk Ölçeği”, “Duygu Düzenlemede Güçlükler-Kısa Form”, “Barratt Dürtüsellik Ölçeği”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği”, “İlişki Ölçekleri Anketi” doldurtulmuştur.

İntihar Girişimi Klinik Değerlendirme Formu ile intihar girişimi olan ergenlerin girişimlerinin çeşitli özellikleri değerlendirilecektir.

İntihar girişimi grubunun intihar niyetlerini ve niteliğini saptamak için İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) ²²⁷ kullanılmıştır. Dürtüsel ve planlı intihar girişimleri için literatür referans ^{138,228} alınarak ölçeğin 6. ve 15. maddeleri puanları toplamı

değerlendirilmiştir. Bu maddelerin toplamından alınan 0 puan girişimin dürtüselliğine delalet ederken, puanın yükselmesi girişimin planlı ve hazırlanarak yapıldığına işaret etmektedir. İntihar girişimleri gruplanmak istenildiğinde ise 0 puan olanlar dürtüsel girişim olarak, 2-4 puan alanlar planlı girişim olarak tasnif edilmiş, 1 puan alanlar ise dışlanılmıştır. İntihar niyeti puanı ise İNÖ toplam puandan İNÖ 6.ve 15. madde puanları çıkarılarak elde edilmiştir.

Klinisyen tarafından yapılacak değerlendirmeler;

1-Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik form ile katılımcıların sosyodemografik verileri değerlendirilecektir.

2-Genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıların saptanması için çocuk ve ergenlerle yarı-yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Bu değerlendirme için Çocuklar için Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi Ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (K-SADS-PL, Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version) ²²⁹ kullanılacaktır.

3-Ergenlerin intihar niyetleri ve niteliğini saptamak için İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) (Dilbaz ve arkadaşları.,1995) uygulanacaktır.

4-İntihar Girişimi Klinik Değerlendirme Formu ile intihar girişimi olan ergenlerin girişimlerinin çeşitli özellikleri değerlendirilecektir.

Çocuklara verilecek ölçekler;

1. Beck umutsuzluk ölçeği(BUÖ)
2. Duygu Düzenlemede Güçlükler-Kısa Form (DDGÖ-16)
3. Barratt dürtüsellik ölçeği (BDÖ)
4. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBTÖ)
5. Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ)
6. İlişki ölçekleri anketi (İÖA)

Ebeveynlere verilecek ölçekler;

1. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇODDÖ)

3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veri formunda, katılımcı ergenin ismi, irtibat telefon numarası, doğum tarihi, anne-babasının yaşı, anne-babasının eğitim durumu, anne-babanın birlikteliği, evde yaşayan kişi sayısı, ailenin ortalama gelir miktarı, ailede çalışmaya katılan ergenin haricinde başka birey(ler)de psikiyatrik yakınma olup olmadığı, varsa kimlerde olduğu, ailede çalışmaya katılan çocuk/ergenin haricinde başka birey(ler)de psikiyatri başvurusu olup olmadığı, varsa kimlerde olduğu, tıbbi özgeçmişi, medikasyon kullanıp kullanmadığı, psikiyatrik ilaç kullanımı olup olmadığı, okul öncesinde yuva eğitimi alıp almadığı, bakım verenin kim olduğu sorgulanmaktadır.

3.4.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu-Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) (KSADS-PL, Kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version)

Çalışmaya katılan tüm ergen ve ebeveynleri ile ÇDŞG-ŞY-T uygulanmış ve ergenlerin psikiyatrik tanıları belirlenmiştir. ÇDŞG-ŞY-T, Kauffman ve arkadaşları tarafından 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak amacıyla DSM-III-R ve DSMIV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiştir ve yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılan yarı-yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY-T, Öğrenme Güçlüğü, Gelişimsel Bozukluklar ve Negatif Belirtili Şizofreni dışında birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır^{229,230}.

3.4.3. İntihar Niyeti Ölçeği

Beck tarafından 1974 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerliliği Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ^{131,227}. İntihar girişimi sırasında bireyin beklentilerini, eğilimlerini ve çevre koşullarını değerlendiren, puanlanan 15, puanlanmayan 5 maddesi olan bir ölçektir. Maddeler 0-2 arası puanlanmaktadır. Toplam puan her maddeden alınan puanların aritmetik toplamı olarak belirlenmektedir. Görüşme sırasında her bir madde ile ilgili yeterli bilgiler alındıktan sonra görüşmeci tarafından ölçekteki en uygun seçenek belirlenirler. Puanlanan 15 madde iki bölüme ayrılmıştır. İlk 9 madde esas olarak girişimle ilgili nesnel gerçekleri ve girişimi belirleyen olaylarla ilgili bilgi vermektedir. İkinci bölüm ise hastanın girişim esnasındaki duygu ve düşüncelerinin geriye dönük olarak değerlendirilmesidir. Son 5 soruyu içeren üçüncü bölüm ise seçeneklerin belirsizliği nedeniyle puanlanmamaktadır. Bu bölümdeki sorular girişimle ilgili olarak hastanın duyguları, ölüm kavramı, girişim ile alkolün ilişkisi gibi risk faktörleri hakkında bilgi vermektedir. Çalışmamızda ölçeğin puanlanan ilk 15 sorusu kullanılmıştır.

3.4.4. Çocukluk çağı davranış değerlendirme ölçeği/4-18 formu-ÇODDÖ (Child behavior checklist-CBCL)

Achenbach ve Edenbrock tarafından geliştirilen ölçeğin (Achenbach & Edlebrock, 1983) 1991 formunun Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır ve ülkemizdeki 1985 formuyla sürekliliğini sağlayabilmek amacıyla çeviriler gözden geçirilmiştir ^{232,233}. Ölçekte sorular ebeveynler tarafından dörtlü Likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. “Doğru değil”, “bazen ya da biraz doğru” ve “çok ya da sıklıkla doğru” seçenekleri sırasıyla; “0”, “1”, “2” olarak puanlanmaktadır. ÇODDÖ’de “İçe Yönelim Sorunları” ve “Dışa Yönelim Sorunları” olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu, “sosyal içe dönüklük”, “somatik yakınmalar”, “anksiyete/depresyon”; dışa yönelim grubu ise “suça yönelik davranışlar” ve “saldırgan davranışlar” alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ayrıca her iki grubun dışında “sosyal sorunlar”, “düşünce sorunları”, “cinsel sorunlar” ve “dikkat sorunları” da ölçekte yer almaktadır. Bu alt ölçek puanlarının toplamından “toplam

sorun puanı” elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puan test-tekrar test güvenilirliği 0,84 olarak, iç tutarlılık değeri ise 0,88 olarak bulunmuştur ²³⁴.

3.4.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından (1974) tarafından umutsuzluk, geleceğe dönük olumsuz beklenti düzeyini nesnel olarak ölçebilmek amacıyla geliştirilen ölçek, 20 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik araştırması Seber (1991) ve Durak (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçek motivasyon kaybı, gelecek ile ilgili duygular, gelecek ile ilgili beklentiler olmak üzere üç faktörlüdür. Beck Umutsuzluk Ölçeği, 0-1 arasında puanlanmakta ve 11 maddede “evet” seçeneği, 9 maddede ise “hayır” seçeneği 1 puan almaktadır. Ölçekteki 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorularda “hayır”; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, ve 20. maddelerde ise “evet” cevabı için birer puan alınmaktadır. Elde edilen toplam puan "umutsuzluk" puanı olarak bulunmaktadır. Ölçeğin toplam puan aralığı 0-20 arasındadır. Alınan yüksek puanlar, kişilerdeki umutsuzluğun yüksek olduğunu göstermektedir.

3.4.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

İlk defa Barratt (1959) tarafından geliştirilmiştir. Günümüzde kullanılan Barratt Dürtüsellik Ölçeği–11 dürtüsellikleri değerlendirmek için tasarlanmış, 30 maddeden oluşan öz-bildirim niteliğinde ölçektir ²³⁵. Türkçe’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından (2008) yapılmıştır.

Otuz maddeden oluşmaktadır, kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat ile ilişkili dürtüsellik: Konsantrasyon ve dikkat ile ilgili problemler, yarışan düşünceler, dikkatin hızlı yön değiştirmesi ya da bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük şeklinde 8 maddeden oluşur. Motor dürtüsellik: Hızlı tepkiler, aceleci hareket, huzursuzluk sorgulanır ve 11 maddeden oluşur. Tasarlanmamış dürtüsellik: Gelecek yöneliminin eksikliğine dair 11 maddeden oluşur. BİS–11 değerlendirilirken toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik olmak üzere 4 alt skor elde edilir. Barratt Dürtüsellik Ölçeği’nde, 1., 7., 8., 10., 12., 13., 14., 15., 18., 27., 29. maddeler plan yapmama; 2., 3., 4., 16., 17., 19., 21., 22., 23., 25., 30. maddeler motor dürtüsellik; 5., 6., 9., 11., 20., 24., 26., 28. maddeler dikkatte dürtüsellik alt ölçeklerini

değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçekte 1., 7., 8., 9., 10., 12., 13., 15., 20., 29., 30. maddeler ters kodlanmaktadır.

Toplam BİS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir.

3.4.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler-Kısa Form (DDGÖ-16)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından duygu düzenleme güçlüğü düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin kısa formu olan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından alt ölçeklerde ve soru sayısında azaltmaya gidilerek geliştirilmiştir, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe uyarlama çalışması yapılmış, geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmıştır ²³⁶.

5'li likert tipinde olan ölçek toplam 16 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; Bu boyutlar; “açıklık” (1. Ve 2. maddeler) , “amaçlar” (3. Ve 7. maddeler), “dürtü” (4, 8 ve 11. maddeler) , “stratejiler” (5, 6, 12, 14 ve 16. maddeler) ve “kabul etmeme” (9, 10 ve 13. maddeler) olarak isimlendirilmektedir. Ters kodlanan madde yoktur. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde herhangi bir kesme noktası belirlenmemiştir Değerlendirme yapılırken, yüksek puan duygu düzenleme güçlüğü belirti düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir.

3.4.7. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bireylerin genel ya da belirgin stres durumlarıyla başa çıkmada kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir ²³⁷. Ölçek; 30 madde ve 5 alt ölçekten oluşmakta olup 4'lü likert tipi bir ölçektir. Bu alt ölçekler ve hangi maddelerle ölçüldükleri aşağıda belirtilmektedir:

1. Kendine Güvenli Yaklaşım: 8.,10.,14.,16.,20.,23. ve 26. madde,
2. İyimser Yaklaşım: 2., 4., 6., 12. ve 18. madde,
3. Çaresiz Yaklaşım: 3., 7.,11., 19., 22., 25., 27. ve 28. madde,

4. Boyun Eğici Yaklaşım: 5., 13., 15., 17., 21. ve 24. madde,

5. Sosyal Desteğe Başvurma: 1., 9., 29. ve 30. madde

Ölçekteki 1., 9., 29., 30. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekte toplam puan hesaplanmamakta her alt gruba ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek oluşu stresle başa çıkmada o alt ölçekteki yaklaşımın daha çok kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin değerlendirmesinde kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır ²³⁸.

3.4.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg tarafından (1965) geliştirilen ölçek, çoktan seçmeli sorulardan oluşan 12 alt kategoriden oluşan, 63 maddeli bir öz bildirim testidir ¹⁷⁴. Alt ölçekler ayrı ayrı da kullanılmaktadır. Çalışmamızda benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır.

Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadırlar. 1., 2. ve 3. sorular , 4. ve 5. soru, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir. İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almış olur. 4. ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan alır. 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi değerlendirilir. 6., 7. ve 8. soruların herbiri kendi başlarına puan alır. Testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır. Puanlama sonucunda 0-1 yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısı düzeyi olarak saptanır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçeğin güvenirlik katsayısı $\alpha=0,71$ olarak bulunmuştur.

3.4.8. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA-E)

Ölçek Bartholomew ve Horowitz ²⁰⁴ tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından yapılmıştır ²³⁹. Ölçek ergenlerin bağlanma stillerini ölçmek için kullanılmaktadır. Güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkulu bağlanma olmak üzere 4 farklı örüntüyü değerlendirir. Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır. Korkulu bağlanmayı 1, 4, 9, 14; kayıtsız bağlanmayı 2, 5, 12, 13, 16; güvenli bağlanmayı 3, 7, 8, 10, 17; saplantılı bağlanmayı 5 (ters yüklü), 6, 11, 15. sorulardır. Ölçekte yer alan bir madde (5. madde) hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stili için kullanılmaktadır. Ölçekteki ters maddeler 5, 7, 17. maddelerdir. Güvenli bağlanma boyutu dışındaki etkenlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı göstermektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir. Ölçeklerin iç tutarlılığı 0.82'dir

3.5. Verilerin Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 20) kullanılarak analiz edilmiştir.

Öncelikle parametrik istatistiğin varsayımlarına yönelik ön analizler yapılmıştır. İlk olarak değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Shapiro-Wilk testi) incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı karşılanmayan değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan istatistik testleri kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizler normal dağılım gösteren değişkenler için ortalama ve standart sapma ($\bar{x} \pm Ss$) ile gösterilmiştir.

İstatistiksel analiz için Ki-Kare, Fisher'S Exact, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon analizi (Spearman) kullanılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile test edilmiştir.

Tüm analizler için yanılma düzeyi 0,05 kabul edilmiştir. Bu değerden küçük p değerleri istatistiksel olarak önemli (anamlı) şeklinde yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızın olgu grubunu Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine son bir yıl içerisinde intihar girişimi nedeni ile başvuran 14-18 yaş arası 46 kız ergen oluşturmaktadır. Kontrol grubu ise bu olgular ile yaş açısından eşleştirilmiş, İl Milli Eğitim Müdürlüğünün onay verdiği liselerden olgu grubu ile benzer yaşta dağılım gösteren herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır.

4.1 İ.G. Grubu ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler

İntihar girişiminde bulunan grubun yaş ortalaması $15,71 \pm 1,06$ yıl iken kontrol grubunun yaş ortalaması $15,76 \pm 1,18$ yıldır. İki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,586$) (Tablo 1).

Tablo 1. Gruplar arası yaş ortalamaları

	İ.G. Grubu (n=46)	Kontrol Grubu (n=29)	
	$\bar{x} \pm Ss.$	$\bar{x} \pm Ss.$	P
Yaş	$15,71 \pm 1,06$	$15,86 \pm 1,18$	0,586

p<0,05 Student's t testi

Ebeveynlerin yaş ortalamasına bakıldığında intihar girişimi grubunda hem annenin hem de babanın yaş ortalaması kontrol grubundan büyük bulunmuştur. İki grup arasındaki fark anne yaş ortalaması için anlamlı değil iken ($p=0,188$), baba yaş ortalaması için anlamlı olarak saptanmıştır ($p=0,018$). İ.G. grubunun anne eğitim düzeyi daha düşük olarak bulunmuştur ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p= 0,092$). Olgu grubunun baba eğitim düzeyi ise kontrol grubuna göre

istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olarak saptanmıştır ($p<0,019$). Ebeveynler tarafından büyütülme ($p=0,638$) ve ebeveynlerin birliktelik durumları açısından anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,206$). Kontrol grubunun gelir düzeyi anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,034$) (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların ailelerine ait demografik özellikler

		İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		p
		$\bar{x} / n$	Ss. / %	$\bar{x} / n$	Ss. / %	
Anne yaşı		40,45	5,50	39,90	6,40	0,188*
Anne Eğitim	Okur-yazar değil	1	2,2	0	0	0,092**
	İlkokul	22	47,8	10	33,3	
	Ortaokul	10	21,7	4	13,3	
	Lise	8	17,4	11	36,7	
	Üniversite	5	10,9	5	16,7	
Baba yaşı		44,96	5,95	42,48	5,99	0,019*
Baba Eğitim	Okur-yazar değil	0	0	0	0	0,017**
	İlkokul	20	43,5	7	24,1	
	Ortaokul	7	15,2	5	17,2	
	Lise	16	34,8	7	24,1	
	Üniversite	3	6,5	10	34,5	
Ebeveynleri birlikte olanlar		34	73,9	25	86,2	0,206***
Ebeveyn tarafından büyütülenler		44	95,7	27	93,1	0,638****
Gelir	<1500 tl	7	15,2	0	0	0,034**
	1500-5000 tl	33	71,7	22	75,9	
	>5000 tl	6	13,0	7	24,1	

$p<0,05$ *Student's t testi **Mann-Whitney U testi ***Ki kare ****Fisher'S

Exact test

Kardeş sayıları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,069) (Tablo 2).

Tablo 3. Grupların kardeş sayıları

		İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Kardeş sayısı	0	2	4,3	3	10,3	0,069
	1	20	43,5	14	48,3	
	2	11	23,9	11	37,9	
	3	7	15,2	1	3,4	
	4	4	8,7	0	0	
	6	2	4,3	0	0	

p<0,05 Mann-Whitney U testi

Grupların ailelerinde bulunan tıbbi hastalık ve psikiyatrik tanı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,380, p=0,142). İ.G. grubunda ailede intihar girişimi oranı %17,4'tür ve anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,020) (Tablo 4).

Tablo 4. Grupların ailelerinde tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, intihar girişimi

		İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Ailede tıbbi hastalık		12	26,1	10	35,7	0,380*
Ailede psikiyatrik tanı		11	23,9	3	10,3	0,142*
Ailede intihar girişimi		8	17,4	0	0	0,020**

p<0,05 *Ki kare **Fisher'S Exact test

Tablo 7. Dürtüsel ve planlı girişimde bulunanlar ile kontrol grubunun dağılımı

	n	%
Dürtüsel Grup	30	41,1
Planlı Grup	14	19,2
Kontrol Grubu	29	39,7

Yapılan yarı yapılandırılmış görüşme sonucu dürtüsel grubun %63,3'ü (n=19) tanı alırken, planlı grubun %78'6'sı (n=11) tanı almıştır, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0,489) (Tablo 8).

Tablo 8. Dürtüsel ve planlı grupların tanı dağılımı

		Dürtüsel Grup		Planlı Grup		p
		n	%	n	%	
KD-SADS sonucunda tanı	Var	19	63,3	11	78,6	0,489
	Yok	11	36,7	3	21,4	

p<0,05 Fisher'S Exact test

Yapılan yarı yapılandırılmış görüşme sonucu İ.G. grubunda en sık rastlanan tanı %52,2 (n=24) ile depresif bozukluklar iken bunu %26,1 (n=12) ile DEHB takip etmektedir, 3'er kişi özgül fobi ve sosyal anksiyete, 2'ser kişi TSSB, yaygın anksiyete bozukluğu ve psikotik bozukluk, 1'er kişi OKB, panik bozukluk, yeme bozukluğu ve bipolar bozukluk tanısı almıştır (Tablo 9). Olguların % 19,6'sında (n=9) depresif bozukluk ile DEHB komorbiditesi mevcuttur.

Tablo 9. İntihar girişim grubunda psikiyatrik tanı dağılımı

	İ.G. Grubu	
	n	%
KD-SADS		
Depresyon	24	52,2
DEHB	12	26,1
TSSB	2	4,3
YAB	2	4,3
Panik bozukluk	1	2,2
Özgül fobi	3	6,5
Sosyal Anksiyete	3	6,5
OKB	1	2,2
Bipolar Bozukluk	1	2,2
Psikotik bozukluk	2	4,3
Yeme Bozukluğu	1	2,2

İntihar girişiminin dürtüsellliği açısından yapılan sınıflandırmaya göre psikiyatrik tanıların dağılımı açısından dürtüsel grup ile planlı grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Grupların psikiyatrik tanı dağılımı

	Dürtüsel Grup		Planlı Grup		<i>p</i>
	n	%	n	%	
KD-SADS					
Depresyon	15	50,0	8	57,1	0,659*
DEHB	8	26,7	3	21,4	0,706**

TSSB	1	3,3	1	7,1	0,540**
YAB	0	0	2	14,3	0,096**
Panik bozukluk	1	6,7	0	0	1,000**
Özgül fobi	1	3,3	2	14,3	0,234**
Sosyal Anksiyete	1	3,3	2	14,3	0,234**
OKB	0	0	1	7,1	0,318**
Bipolar Bozukluk	0	0	1	7,1	0,318**
Psikotik bozukluk	0	0	2	14,3	0,096**
Yeme bozukluğu	0	0	1	7,1	0,318**

$p < 0,05$ * *Ki kare* ** *Fisher'S Exact test*

Dürtüsel grupta kendine zarar verme davranışı oranı %36,7'iken ($n=11$), planlı grupta %50 olarak bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır ($p=0,402$) (Tablo 11).

Tablo 11. Grupların KZVD dağılımı

	Dürtüsel grup		Planlı grup		<i>p</i>
	n	%	n	%	
KZVD	11	36,7	7	50	0,402

$p < 0,05$ *Ki kare*

Gruplar arasında alkol tüketme alışkanlıkları açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0,673$), dürtüsel grupta hem planlı, hem de kontrol grubuna göre daha yoğun sigara kullanım alışkanlıklarının olduğu görülmüştür ($p=0,000$) (Tablo 12).

Tablo 12. Gruplara göre sigara ve alkol alışkanlıklarının dağılımı

	Dürtüsel Grup		Planlı Grup		Kontrol Grubu		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Sigara kullanan	17	56,7	2	14,3	3	10,3	<u>0,000</u>
Alkol kullanan	8	26,6	2	14,3	6	20,7	0,673

$p < 0,05$ *Kruskal-Wallis*

Planlı grubun intihar niyeti daha yüksek ($\bar{x}=10,63 \pm 5,55$) olarak bulunurken aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=0,163$) (Tablo 13).

Tablo 13. Grupların intihar niyetleri

	Dürtüsel Grup		Planlı Grup		<i>p</i>
	$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.	
İntihar niyeti	8	5,07	10,63	5,55	0,163

$p < 0,05$ *Student's t testi*

Grupların intihar yöntemleri açısından dağılımı aşağıdaki gibidir;

Tablo 14. Grupların intihar girişimi yöntemleri açısından dağılımı

		Dürtüsel Grup		Planlı Grup	
		n	%	n	%
İntihar girişimi yöntemi	Yüksek doz ilaç	29	96,7	12	85,7
	Ası	0	0	1	7,1
	Kesi	1	3,3	0	0
	Suda boğulma	0	0	1	7,1

Planlı grubun daha önce intihar girişimde bulunma oranı %50 olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,032$) (Tablo 15).

Tablo 15. Grupların daha öncesinde intihar girişiminde bulunma yaygınlığı

	Dürtüsel Grup		Planlı Grup		<i>p</i>
	n	%	n	%	
Daha önce intihar girişiminde bulunanlar	5	16,7	7	50	<u>0,032</u>

$p<0,05$ Fisher'S Exact test

İntihar girişiminde bulunan grupların ailelerinde veya arkadaşları arasında intihar girişimi varlığı açısından anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamaktadır ($p=1,000$, $p=0,647$) (Tablo 16).

Tablo 16. Grupların ailesinde ve arkadaşlarında intihar girişiminde bulunanların karşılaştırılması

	Dürtüsel Grup		Planlı Grup		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ailede intihar girişiminde bulunan	6	20	3	21,4	1
Arkadaşlar arasında intihar girişiminde bulunan	3	10	2	14,3	0,647

$p < 0,05$ *Ki kare*

4.3. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

İ.G. grubunda Beck umutsuzluk puanı ($\bar{x} = 10,02 \pm 6,11$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,031$) (Tablo 17).

Tablo 17. Grupların Beck umutsuzluk puanları açısından karşılaştırılması

	İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		<i>p</i>
	$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.	
Beck Umutsuzluk Puanı	10,02	6,11	7,20	5,64	<u>0,031</u>

$p < 0,05$ *Mann-Whitney U testi*

İ.G. grubunun Barratt dürtüsellik puanı ve plan yapmama, motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik alt puanlarının tümü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,032$, $p=0,032$) (Tablo 18).

Tablo 18. Grupların Barratt dürtüsellik puanlarının karşılaştırılması

	İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		<i>p</i>
	$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.	
Barratt Dürtüsellik Puanı	72,44	11,49	62,58	11,16	<u>0,000</u>
Plan yapmama	29,99	5,51	24,89	3,95	<u>0,000</u>
Motor dürtüsellik	22,83	5,00	20,25	4,94	<u>0,032</u>
Dikkatte dürtüsellik	19,63	4,12	17,44	4,56	<u>0,034</u>
<i>p<0,05 Student's t testi</i>					

İ.G. grubunun DDGÖ toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş olup aradaki fark toplam puan, dürtü ve stratejiler alt ölçeklerinde istatistiksel anlamıya ulaşmıştır ($p=0,010$, $p=0,000$, $p=0,011$) (Tablo 19).

Tablo 19. Grupların DDGÖ puanları açısından karşılaştırılması

	İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		<i>p</i>
	$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.	
DDGÖ toplam puan	50,40	15,57	40,72	15,02	<u>0,010*</u>
Açıklık	6,17	2,36	5,85	2,40	0,581*
Amaçlar	10,60	3,58	10,03	2,57	0,456*
Dürtü	10,23	3,90	6,24	3,5	<u>0,000*</u>
Stratejiler	15,3	5,59	11,69	5,48	<u>0,011**</u>

Kabul etmeme	8,08	3,66	6,89	3,54	0,163**
--------------	------	------	------	------	---------

p<0,05 *Student's t testi, ** Mann-Whitney U testi

SBTÖ puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında, Kontrol grubunda kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek başvuru ve etkili yöntem puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p= 0,056, p= 0,034, p= 0,010, p= 0,043, p= 0,003, p= 0,003), İ.G. grubunda çaresiz yaklaşım tarzlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,043). Boyun eğici ve etkisiz yaklaşım tarzlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Grupların SBTÖ açısından karşılaştırılması

	İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		p
	$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.	
Kendine güvenli yaklaşım	17,67	6,09	20,21	4,08	0,034
İyimser	11,18	4,02	13,45	2,80	0,010
Çaresiz	21,95	5,34	19,20	6,06	0,043
Boyun eğici	12,30	3,32	12,24	3,29	0,939
Sosyal destek başvuru	9,80	3,04	11,89	2,60	0,003
Etkili	38,65	11,77	45,56	7,32	0,003
Etkisiz	34,25	6,52	31,44	8,27	0,106

p<0,05 Student's t testi

Gruplar benlik saygısı açısından değerlendirildiğinde İ.G. grubunun Rosenberg benlik saygısı ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,000). İ.G. grubu puanı ($\bar{x}= 2,14 \pm 1,25$) orta düzeyde düşük benlik saygısını işaret etmektedir (Tablo 21).

Tablo 21. Grupların benlik saygısı açısından karşılaştırılması

	İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		<i>p</i>
	$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.	
Rosenberg toplam puanı	2,14	1,25	1,16	0,78	<u>0,000</u>
<i>p<0,05 Mann-Whitney U testi</i>					

Bağlanma tarzları açısından ele alındığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Grupların bağlanma tarzları açısından değerlendirilmesi

	İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		<i>p</i>
	$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.	
İÖA güvenli	15,63	3,56	16,44	2,47	0,246*
İÖA korkulu	12,44	3,53	11,63	3,57	0,340*
İÖA kayıtsız	16,47	3,86	16,99	3,01	0,539*
İÖA saplantılı	12,56	3,98	11,77	2,95	0,690**
<i>p<0,05 *Student's t testi, ** Mann-Whitney U testi</i>					

Ebeveyn tarafından doldurulan ÇODDÖ puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında, İ.G. grubu somatik alt ölçek haricinde tüm alt ölçeklerden, içe yönelim ve dışa yönelim sorunları ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek skorlar almıştır . (Tablo 23).

Tablo 23. Grupların ÇODDÖ puanları açısından karşılaştırılması

		İ.G. Grubu		Kontrol Grubu		
		$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.	p
ÇODDÖ	toplam	65,61	9,14	54,37	10,59	<u>0,000</u>
puan						
İçe yönelim sorunları		66,53	8,97	56,75	10,69	<u>0,000</u>
Dışa yönelim sorunları		60,97	11,50	50,96	10,35	<u>0,000</u>
Sosyal içe dönüklük		63,82	10,43	55,65	9,17	<u>0,000*</u>
Somatik yakınmalar		62,87	9,28	59,42	8,96	0,109*
Anksiyete/depresyon		65,56	8,66	56,32	6,41	<u>0,000*</u>
Sosyal sorunlar		58,07	6,92	54,00	5,21	<u>0,007*</u>
Düşünce sorunları		64,07	11,18	57,75	7,23	<u>0,018*</u>
Dikkat sorunları		65,43	9,52	57,51	6,71	<u>0,000*</u>
Suça yönelik davranışlar		61,07	10,87	54,96	7,36	<u>0,007*</u>
Saldırgan davranışlar		62,00	9,81	54,27	5,75	<u>0,001*</u>

p<0,05 *Student's t testi, ** Mann-Whitney U testi

4.4. İntihar Girişiminin Dürtüsellüğünün İlişkililik Durumu Belirlemeye Yönelik Korelasyon Analizler

İntihar girişiminin planlılık derecesini ifade eden İNÖ 6+15 puanları ile ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analiz testi kullanılmıştır.

Beck umutsuzluk ölçeği, DDGÖ ve alt puanları, SBTÖ alt puanları, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, İÖA alt puanları ve ÇODDÖ puanları arasında bir korelasyon bulunamamıştır ancak İNÖ 6+15 ile Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puan ve plan yapmama alt puanı arasında negatif ve orta derecede korelasyon bulunmuştur (sırasıyla; $R=-0,304$ ve $-0,465$, $p=0,040$ ve $0,001$) (Tablo 24, 25, 26, 27).

Hesaplanan bu korelasyonlara göre Barratt dürtüsellik toplam puanı ve plan yapmama puanı arttıkça İNÖ 6+15 puanı azalmaktadır.

Tablo 24. İNÖ 6+15 ile Beck umutsuzluk, Barratt dürtüsellik ve DDG ölçeklerinin korelasyonları

	İNÖ 6+15 puanı	
	r_s	p
Beck Umutsuzluk Puanı	-0,069	0,647
Barratt Dürtüsellik toplam	<u>-0,304*</u>	<u>0,040</u>
Barratt plan yapmama	<u>-0,465**</u>	<u>0,001</u>
Barratt motor dürtüsellik	-0,112	0,457
Barratt dikkatte dürtüsellik	-0,112	0,457
DDGÖ toplam	-0,156	0,300
DDGÖ açıklık	0,058	0,704
DDGÖ amaçlar	-0,079	0,600
DDGÖ dürtü	-0,117	0,440

DDGÖ stratejiler	-0,227	0,130
DDGÖ kabul etmeme	-0,184	0,222
*p<0,05 **p<0,01		

Tablo 25. İNÖ 6+5 ile SBTÖ ölçeğinin korelasyonları

			İNÖ 6+15 puanı	
			r _s	p
SBTÖ	kendine	güvenli	0,219	0,143
yaklaşım				
SBTÖ	iyimser		0,251	0,920
SBTÖ	çaresiz		0,011	0,940
SBTÖ	boyun eğici yaklaşım		0,017	0,910
SBTÖ	sosyal destek beşvuru		0,156	0,301
SBTÖ	etkili yaklaşım		0,256	0,086
SBTÖ	etkisiz yaklaşım		0,035	0,818

Tablo 26. İNÖ 6+5 ile Rosenberg benlik saygısı ölçeği ve İÖA'nın korelasyonları

			İNÖ 6+15 puanı	
			r _s	p
Rosenberg toplam puanı			-0,38	0,801
İÖA	güvenli		0,113	0,456
İÖA	korkulu		-0,083	0,584

İÖA kayıtsız	0,096	0,527
İÖA saplantılı	0,168	0,264

Tablo 27. İNÖ 6+5 ile ÇODDÖ puanlarının korelasyonları

	İNÖ 6+15 puanı	
	r_s	p
ÇODDÖ toplam puan	-0,163	0,320
İçe yönelim sorunları	-0,048	0,771
Dışa yönelim sorunları	-0,244	0,135
Sosyal içe dönüklük	-0,021	0,899
Somatik yakınmalar	-0,092	0,576
Anksiyete/depresyon	-0,063	0,704
Sosyal sorunlar	-0,176	0,283
Düşünce sorunları	-0,012	0,941
Dikkat sorunları	-0,163	0,322
Suçla yönelik davranışlar	-0,188	0,252
Saldırgan davranışlar	-0,233	0,154

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan kız ergenlerin dürtüsellik, umutsuzluk, benlik saygısı, duygudurum düzenleme ve stresle başa çıkma tarzları, bağlanma tarzları ve klinik özellikleri ile bu özelliklerin intihar girişiminin niteliği ile ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla intihar girişiminde bulunan kız ergenler yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş intihar girişiminde bulunmayan ergenlerle bu özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Diğer yandan intihar girişiminde bulunan ergenler dürtüsel ve planlı girişimde bulunanlar olarak sınıflandırılarak intihar girişimlerinin dürtüsel ya da planlı oluşunun ergenin klinik özellikleri ile ilişkisinin ortaya konulmaya çalışılmış, elde edilen veriler mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmamız öncelikle intihar girişiminde bulunan kız ve erkek ergenleri içerecek şekilde tasarlanmıştır ancak çalışma süresince başvurular ağırlıklı olarak kız ergenler tarafından olmuştur. İntihar girişimi nedeniyle başvurusu olan erkek ergenlerin bir çoğunun hükümlü veya Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının koruması altında olma gibi dışlama kriterleri içerisinde yer alması sonucunda çalışmaya az sayıda (n=2) erkek ergen katılabilmektedir. Literatürde intihar girişiminde bulunan kızların erkeklere oranının 2/1 ile 9/1 arasında değiştiği bildirilmektedir ²⁴⁰⁻²⁴⁴. Çalışmamızdaki erkek ergen popülasyonu intihar girişiminde bulunan erkek ergen popülasyonunu yansıtmadığı düşünüldüğünden erkek vakalar çıkarılarak çalışma örneklemini intihar girişiminde bulunan kız ergenler olarak güncellenmiştir.

İntihar girişimi grubu yaş ortalaması $15,71 \pm 1,06$ yıl olarak tespit edilmiştir.

Ebeveynler yaş ortalamasına bakıldığında, intihar girişiminde bulunan grup ile kontrol grubu arasında anne yaş ortalaması, anne eğitim durumu, ebeveynlerin birliktelik ve ebeveyn tarafından büyütülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, intihar girişimi grubunda baba yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksek, baba eğitim durumu anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Yazın bilgisinde, bazı araştırmalar intihar girişiminde bulunan grubun hem anne hem de baba eğitim düzeylerinin düşük olduğunu belirtirken ²⁴⁵, bazı araştırmalar anne veya baba eğitimi düzeyinin düşük olduğunu bildirmektedir ^{246,247}. İntihar girişiminde bulunanların ailelerinin gelir düzeyi literatür ile uyumlu olarak daha düşük düzeyde

bulunmuştur ^{248,249}. Grupların kardeş sayıları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamıza katılan ergenlerin ailelerinde tıbbi hastalık öyküsü ve psikiyatrik tanı açısından anlamlı bir fark bulunmazken, intihar girişimi grubunun ailelerinde intihar girişim öyküsü daha sıktı. Yapılan çalışmalarda aile ve yakın akrabalar arasındaki intihar davranışının, ergenlerde intihar girişim puanları ile korelasyon gösterdiği, intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin ailelerinde yüksek oranda intihar davranışının olduğu bildirilmektedir ^{250,251}. İntihar risk faktörlerini inceleyen çalışmalarda, intihar öyküsünün ailedeki kötü aile işlevselliği ve psikopatoloji kontrol edildikten sonra bile intihar riskini artırdığı bildirilmektedir ²⁵². İntihar davranışının psikiyatrik bozukluktan bağımsız olarak genetik aktarımına dair ikiz ve edinme çalışmalarından çıkan güçlü kanıtlar mevcuttur ⁶⁶.

İntihar girişim grubunda psikiyatrik tedavi öyküsü önemli derecede daha yüksekken, tıbbi hastalık öyküsü açısından fark bulunmamıştır.

Girişimin niteliği açısından değerlendirildiğinde %65,2'sinin dürtüsel, %30,4'ünün planlı olarak gerçekleştiği öğrenilmiştir. Literatürde dürtüsel girişimi tespit için kullanılan yöntemlere göre değişmek ile birlikte dürtüsel girişim oranını %15 ila %75 arasında gösteren veriler mevcuttur ¹²⁵.

Psikolojik otopsi çalışmalarında incelenen intiharların %47-90'ının psikiyatrik bir bozukluk ile ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir ^{98,100}. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanı oranının %80-90 arasında olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur ²⁵³. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %73,9'u psikiyatrik bir tanı almaktadır. Girişimde bulunanlar girişimin dürtüsellğine göre sınıflandırıldığında, dürtüsel grubun %63,3'ü tanı alırken planlı grupta bu oran %78,6'dır ancak aradaki fark anlamlı değildir. İntihar davranışında bulunan ergenlerde depresif bozukluk en sık konulan tanıdır ¹⁰¹. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların arasında en sık tanı %52,2 ile depresif bozuk iken, DEHB %26,1 ile ikinci sıradadır. Olguların %19,6'sında DEHB ve depresyon birlikteliği mevcuttur.

Yapılan çalışmalarda planlamanın olmaması ve girişimin aniliği daha az psikiyatrik tanı ve daha düşük depresyon puanları ile ilişkilendirilmektedir ¹²⁵.

Çalışmamızda ise dürtüsel grup ile planlı grup arasında alınan tanılar açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmazken, planlı grupta komorbidite fazlalığı ve psikotik veya bipolar bozukluk gibi görece ağır psikopatolojilerin görülmesi dikkat çekicidir.

Öldürme niyeti taşımadan kendine zarar verme davranışı genç erişkin ve ergenlerde sık görülen bir davranıştır. Klinik popülasyonda %35, genel popülasyonda yaklaşık %10 sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir ²⁵⁴. Bazı uzmanlar KZVD'nin olumsuz duyguları azalatarak ve düzenleyerek hayatı sürdürmenin bir aracı olarak görürken ²⁵⁵, bazıları ise intihar düşüncesi ve girişimlerinin ortaya çıkmasını kolaylaştıran bir faktör olduğunu öne sürmektedir ²⁵⁴. Girişimin dürtüsellığı bağlamında ele alındığında beklenenin aksine kendine zarar verme davranışı olan bireylerin daha planlı intihar girişiminde bulunduğu öne sürülmüştür ¹²⁰. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %41,3'ünde kendine zarar verme davranışı mevcuttur. Dürtüsel grup ile planlı grup arasında ise kendine zarar verme davranışı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Alkol kullanımı intihar davranışı ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmektedir ²⁵⁶. Alkol bağımlısı bireylerde yaşam boyu tamamlanmış intihar riski %7'dir ²⁵⁷ ve alkol bağımlısı bireylerin, bağımlı olmayanlara göre intihar girişiminde bulunma riski 6,5 kat daha yüksektir ¹⁴¹. Alkol tedavisi alan hastaların %43'ünün intihar girişiminde bulunduğu ve bu girişimlerin %63'ünün dürtüsel olarak sınıflandırıldığı belirtilmektedir ²⁵⁶. Çalışmamızda alkol bağımlılığı düzeyinde alkol tüketen birey yoktur ve dürtüsel, planlı ve kontrol grupları arasında alkol tüketim alışkanlıkları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hali hazırda sigara içiyor olmanın, depresyon ve madde kullanım bozukluklarından bağımsız olarak daha sonraki intihar düşüncesi ve girişimini öngördüğü gösterilmiştir ²⁵⁸. Sigara içicilerinde monoamin oksidaz (merkez sinir sisteminde serotonin metabolizmasında rol oynayarak) aktivitesi düşüklüğünün bununla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür ²⁵⁸. Literatürde girişimin dürtüsellığı ile sigara kullanımı ilişkisine dair bir veriye rastlanmamıştır. Çalışmamızda sigara kullanma alışkanlığının dürtüsel grupta hem planlı grubu göre hem de kontrol grubuna göre anlamlı ve önemli derecede (%56) daha yoğun olduğu gözlenmiştir.

Dürtüsel intihar girişiminde bulunanların ölüm niyetlerinin daha düşük olduğu çalışmalarda gösterilmiştir ^{125,228}. Çalışmamızda planlı grubun ölüm niyeti daha yüksek ancak aradaki fark anlamsız bulunmuştur.

Literatürde ergenlerde yüksek doz ilaç kullanımı intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem olarak öne çıkmaktadır ²⁵⁹. Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda planlı girişimlerde daha ölümcül metodların seçildiği göstermişken, aynı ilişki ergenlerde gösterilememiştir ¹²⁵. Çalışmamızda dürtüsel ve planlı, her iki grupta da intihar girişiminde yüksek doz ilaç kullanımı açık ara en fazla kullanılan yöntem iken, planlı grupta birer kişinin ası ve suda boğulma yöntemlerini kullandığı görülmüştür.

Ebeveyn tarafından doldurulan çocukluk çağı davranış değerlendirme ölçeğine göre intihar girişiminde bulunanlar aileleri tarafından genel olarak daha sorunlu olarak değerlendirilmekte, anksiyete/depresyon, içe kapanıklık gibi içe yönelim sorunları, dürtüsellik, suça yönelik ve saldırgan davranış gibi dışa yönelim sorunları, düşünce, dikkat sorunları ve sosyal sorunları daha sık yaşadığı bildirilmektedir. Somatik yakınmalar açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Girişimin dürtüsellliği ile söz konusu parametreler arasında bir ilişki gösterilememiştir.

Dürtüsel girişimde bulunanların planlı girişimde bulunanlara göre daha öncesinde intihar girişiminde bulunma oranları daha düşük olarak bildirilmiştir ^{125,228}. Çalışmamızda planlı grupta intihar girişimi anlamlı olarak daha yüksektir. Planlı grubun yarısının daha öncesinde intihar girişimi mevcutken, dürtüsel grupta bu oran %16,7'dir.

Çalışmamızda dürtüsel grup ile planlı grup, aile ve arkadaşlar arasında intihar girişimi açısından birbirlerinden farklılaşmamaktadır, literatürde de bu bağlamda veriye rastlanmamıştır.

Umutsuzluğun ergenlerde intihar girişim ciddiyeti ile yakından ilişkili olduğu ve sonraki girişimleri öngördüğü bilinmektedir ²⁶⁰. Dürtüsel girişimlerde umutsuzluk düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir ¹²⁵. Çalışmamızda intihar girişim grubunda Beck umutsuzluk puanı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunanlar belirgin olarak daha umutsuzdur. İntihar

girişiminin dürtüsellik durumu ile korelasyonuna bakıldığında ise bir ilişki gösterilememiştir.

Çalışmalarda düşük benlik saygısı ile intihar düşünce ve davranışı arasındaki ilişki gösterimiştir ¹⁷⁵⁻¹⁷⁸. Çalışmamızda intihar girişim grubunda Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunanlarda orta düzeyde düşük benlik saygısı mevcuttur. Benlik saygısının intiharın dürtüsellik ile bir ilişkisi gözlenmemiştir.

Literatürde yapısal dürtüsellik intihar ile ilişkisi bağlamında en çok incelenen konulardandır. İntihar düşünce ve davranış için orta derece bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Özbilidirim ölçekleri ile değerlendirilen yapısal dürtüsellik ergen ve genç yetişkinlerde intihar girişimini öngördüğü gösterilmiştir ^{160,161}. Yine ülkemizde intihar girişimi olan ergenlerle yapılan bir çalışmada intihar girişim olan ergenlerin Barratt dürtüsellik toplam puan ve alt puanlarının hepsinin kontrollere göre yüksek olduğu bildirilmiştir ²⁴². Çalışmamızda intihar girişim grubunda Barratt dürtüsellik toplam puanı, plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatte dürtüsellik alt puanlarının hepsi anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur. Dürtüsellik toplam puanının yüksekliği bireyin genel olarak dürtüsellik düzeyinin yüksekliğini gösterirken, alt ölçekler bireyin dürtüsellik hangi boyutunda nasıl etkilendiğini değerlendirmektedir. Bu bağlamda çalışmamızda intihar girişiminde bulunanlar genel olarak daha dürtüseldir. İntihar girişim grubunda plan yapmama boyutu ya da plansızlık dürtüselliklerinin yüksek olması, girişimde bulunanların yakın zamandaki küçük ödülü sonraki büyük ödüle tercih etmeye meyilli, geleceği planlama ve öngörme konusunda güçlük yaşayan bireyler olduğuna işaret etmektedir. Girişimde bulunanların motor dürtüsellik puanlarının yüksek olması düşünmeden harekete geçen, hızlı tepkiler veren ve beklentilerinin hemen olmasını bekleyen bireyler olduklarını göstermektedir. Girişimde bulunanların dikkatte dürtüsellik puanlarının yüksek olması ise dikkatlerinin kolaylıkla dağıldığını ve bilişsel karışıklığa dayanıklılıklarının daha az olduğunu göstermektedir.

Literatürde girişimin dürtüsellik ile yapısal dürtüsellik ilişkili olmadığını gösteren veriler mevcuttur. İntihar girişiminde bulunan 242 kişi ile yapılan bir çalışmada yapısal dürtüsellik girişimin dürtüselliklerinin iyi bir öngörücüsü olmadığı

öne sürülmüştür ¹⁶⁹. Geçmişlerinde intihar davranışı bulunan 5130 bireyle yapılan, posta yoluyla verilerin toplandığı bir çalışmada dürtüsel ve planlı girişimde bulunanların yapısal dürtüsellik özellikleri açısından farklılaşmadığı bildirilmiştir ¹¹⁶. Witte ve ark. (2008) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise ergenler, intihar planlayan ancak girişimde bulunmayan, intihar planı olmayan ancak girişimde bulunan, intihar planlayan ve girişimde bulunan olarak 3 gruba ayrılmış ve plansız girişimde bulunan grup diğer iki gruptan da daha az dürtüsel olarak bulunmuştur ²⁶¹. Çalışmamızda ise intihar niyeti ölçeğinin hazırlık ve planlamayı değerlendiren iki sorusunun toplam puanı (toplam puan arttıkça girişimin planlılık düzeyi artmakta, azaldıkça dürtüsellik düzeyi artmaktadır) ile Barrat dürtüsellik ölçeği puanlarının ilişkisine bakıldığında, toplam puanı ve plansızlık dürtüsellliği alt puanı ile orta derecede negatif korelasyonu olduğu görülmüştür. Yani girişimde bulunanların genel olarak dürtüsellliği ve bilişsel dürtüsellliği (şimdiki küçük ödül sonraki büyük ödüle tercih etme, geleceği öngörememe) arttıkça intihar girişimlerinin dürtüsellliği de artmaktadır.

Duygu düzenleme güçlüğü'nün farklı yönlerinin intihar girişimi ile ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur ¹⁸¹⁻¹⁸³. Uzunlamasına bir çalışmada duygu tanımlama güçlüğü'nün ve etkili düzenleme stratejilerinin kısıtlılığının depresif belirtiler kontrol edildikten sonra dahi intihar girişimini öngördüğü gösterilmiştir ¹⁸¹. Çalışmamızda intihar girişim grubunda DDGÖ toplam puanı, dürtü ve stratejiler alt puanları daha yüksek olarak bulunurken, açıklık, amaçlar, kabul etmeme alt puanları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durum intihar girişiminde bulunanların genel olarak daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıklarına, olumsuz duygular deneyimlerken davranışlarını kontrol etmekte güçlük yaşadıklarına ve etkili duygu düzenleme stratejilerinin yetersiz kaldığına işaret etmektedir. İntihar girişiminin dürtüsellliği bağlamında bir ilişki gözlenmemiştir.

İntihar davranışının kaçınma gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile ilişkisi gösterilmiştir ¹⁹²⁻¹⁹⁴. Etkili başa çıkma stratejilerinin ise koruyucu olduğu bilinmektedir ^{195,196}. Çalışmamızda intihar girişim grubunda SBTÖ kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek başvuru ve etkili yaklaşım alt puanları anlamlı olarak düşük bulunurken, çaresiz yaklaşım anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Boyun eğici yaklaşım ve etkisiz yaklaşım açısından anlamlı fark

bulunamamıştır. Bu bulgulara göre intihar girişiminde bulunanların stres yaratan sorunlarla baş etmek için uyumlu mekanizmaları daha az kullandığı söylenebilir. Dürtüsel intihar girişiminde bulunanların planlı girişimde bulunanlara göre sorun odaklı yaklaşımın daha az, duygu odaklı yaklaşımın daha fazla olduğu, kaçınma davranışa daha çok başvurdukları gösterilmiştir ¹⁹⁸. Çalışmamızda intihar girişiminin dürtüselliliği ile stresle başa çıkma davranışları arasında bir ilişki gösterilememiştir.

Ergenlerle yapılan restrospektif veya kesitsel çalışmalarda güvensiz bağlanma doğrudan veya dolaylı olarak intihar davranışı ile ilişkilendirilmiştir ^{36,219–221,224}. Yine prospektif olarak yapılan bir çalışmada 1 yıllık takip düşük güvenli ve kaçınan bağlanmanın intihar davranışı riskini artırdığı gösterilmiştir ²²⁶. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanlarda kontrol grubuna göre bağlanma tarzları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

6. SONUÇLAR

6.1.Sonuçlar ve Öneriler

Çalışmamızda 14-18 yaşları arasından intihar girişiminde bulunun kız ergenlerin klinik ve psikososyal özellikleri, intihar girişimlerinin nitelikleri değerlendirilmiştir. Sonuçlar benzer yaş grubundaki sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. İntihar girişiminde bulunanlar dürtüsel ve planlı girişimde bulunanlar olarak sınıflandırılarak birbirlerine göre farklılaşma durumları incelenilmiştir. İntihar girişimlerinin dürtüsellik veya planlılık durumunun psikososyal özellikleri ile ilişkisi araştırılmıştır.

Sonuç olarak intihar girişiminde bulunanların, ailelerinde intihar davranışı öyküsünün daha sık olduğu, daha umutsuz, benlik saygısı düşük, her alanda daha dürtüsel bireyler oldukları, duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları, etkili stresle başa çıkma mekanizmalarını kullanamadıkları, daha fazla içe yönelim ve dışa yönelim sorunları olduğu bulgularına ulaşılmıştır. En sık olarak depresif bozuklular, sonrasında DEHB tanısı almaları, önemli bir kısmının ise depresif bozuluklar ile DEHB komorbiditesi göstermesi bulgular açısından tutarlı olarak değerlendirilmiştir.

İntihar girişiminde bulunanlar dürtüsel ve planlı grup olarak ikiye ayrıldığında dürtüsel girişimde bulunların diğer gruplara göre daha fazla sigara kullanma alışkanlığına sahip olduğu gözlenmiştir. Planlı grupta intihar girişimi öyküsü daha siktir. Dürtüsel grup ile planlı gruplar arasında aldıkları tanılar ve kullandıkları yöntemler açısından belirgin bir fark bulunamamıştır. Ergenlerin dürtüsellikleri, özellikle bilişsel dürtüsellik düzeyleri arttıkça dürtüsel girişimde bulunma riski artmaktadır.

Ergenlerin benlik saygı ve umutlarını artırmayı, etkili duygu düzenleme ve stresle başa çıkma mekanizmaları geliştirmelerini, dürtüsellik düzeylerinin azaltmayı hedefleyen psikoterapötik ve psikofarmakolojik yaklaşımların intihar davranışı riskini azaltması olasıdır. Özellikle bilişsel dürtüsellik açısından yapılacak müdahalelerin dürtüsel girişim riskini azaltması beklenebilir.

6.2. Kısıtlılıklar

Öncelikle çalışmaya erkek ergenlerin dahil edilememesi daha bütüncül çıkarımlar için yeterli veri oluşturulmasını kısıtlamıştır.

Örneklem gruplarının küçük olması, özellikle planlı intihar girişim grubundaki olgu sayısının azlığı istatistiksel analiz açısından kısıtlayıcı bir faktör olarak değerlendirilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Baker U. *Yüzeybilim Fragmanları*. 4. baskı. İletişim Yayınları; 2018.
2. Deleuze G. *Spinoza, Pratik Felsefe*. İstanbul: Norgunk Yayınları; 2005.
3. Minois G. *İntiharın Tarihi: İstemli Ölüm Karşısında Batı Toplumu*. 1st ed. Dost Yayınları; 2008.
4. Durkheim E. *İntihar*. 1st ed. Pozitif Yayınları; 2013.
5. World Health Organization. Disease burden and mortality estimates (online database). *Who*. 2016. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html#.XJNzqDCoYtw.mendeley. Accessed March 21, 2019.
6. Parellada M, Saiz P, Moreno D, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res*. 2008;157(1-3):131-137. doi:10.1016/j.psychres.2007.02.012
7. Ragıp BE, Küçüker H, Bulut NS. İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhur Med J*. 2011. doi:10.7197/cmj.v34i1.1008000942
8. Atasoy E, Köse M. İNTİHARLAR COĞRAFYASI PERSPEKTİFİNDEN DÜNYA, TÜRKİYE VE BURSA İLİ. *TESAM Akad Derg*. 2019. doi:10.30626/tesamakademi.528004
9. Nişanyan S. *Sözlerin Soyağacı*. 6th ed. Everest Yayınları; 2012.
10. Sümer N. ANTİK VE İLKEL TOPLUMLARDA İNTİHAR OLGUSU. *Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Derg*. 2016;1(1):83-116. <https://dergipark.org.tr/siirtilahiyat/issue/17278/180506>. Accessed August 17, 2019.
11. Odağ C. *İntihar*. 3rd ed.; 2008.
12. Miranda R, Ortin A, Scott M, Shaffer D. Characteristics of suicidal ideation that

- predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2014. doi:10.1111/jcpp.12245
13. Nock MK, Prinstein MJ, Sterba SK. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Psychol Violence.* 2010. doi:10.1037/2152-0828.1.S.36
 14. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *J Youth Adolesc.* 2010. doi:10.1007/s10964-009-9465-1
 15. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry.* 2003. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1093
 16. Li XY, Phillips MR, Zhang YP, Xu D, Yang GH. Risk factors for suicide in China's youth: A case-control study. *Psychol Med.* 2008;38(3):397-406. doi:10.1017/S0033291707001407
 17. Colucci E, Martin G. Ethnocultural Aspects of Suicide in Young People: A Systematic Literature Review Part 2: Risk Factors, Precipitating Agents, and Attitudes Toward Suicide. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2007. doi:10.1521/suli.2007.37.2.222
 18. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012. doi:10.1007/s00787-011-0232-y
 19. Kõlves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017. doi:10.1007/s00787-016-0865-y
 20. Ho Kong Wai B, Hong C, Ee Heok K. Suicidal behavior among young people in Singapore. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999. doi:10.1016/S0163-8343(98)00065-6
 21. Eskin M. *İntihar : Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme.* Çizgi Tıp Yayınevi; 2003.

https://books.google.com.tr/books/about/İntihar.html?id=yVvuAQAACAAJ&redir_esc=y. Accessed September 5, 2019.

22. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002
23. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2012. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x
24. WHO | Global Health Estimates. WHO. 2018. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/. Accessed March 19, 2019.
25. WHO | Suicide data. WHO. 2018. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/#.XJENVftOT6I.mendeley. Accessed March 19, 2019.
26. Organization WH. *Preventing Suicide: A Global Imperative.*; 2014. doi:10.1093/qjmed/hch106
27. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry.* 2014. doi:10.1016/S2215-0366(14)70224-X
28. Cerel J, Brown MM, Maple M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2018.
29. Öztürk O, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 15th ed.; 2015.
30. TÜİK. *İntihar İstatistikleri 2016-2017.*; 2018.
31. Borges G, Nock MK, Abad JMH, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys. *J Clin Psychiatry.* 2010. doi:10.4088/JCP.08m04967blu
32. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016.

doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2

33. Hawton K, Heeringen K Van. Seminar Suicide. *Lancet*. 2009. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X
34. Cha CB, Franz PJ, M. Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2018. doi:10.1111/jcpp.12831
35. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999. doi:10.1097/00004583-199912000-00010
36. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000. doi:10.1017/S003329179900135X
37. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001. doi:10.1097/00004583-200104000-00011
38. Nock MK, Kazdin AE. Examination of Affective, Cognitive, and Behavioral Factors and Suicide-Related Outcomes in Children and Young Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2002. doi:10.1207/S15374424JCCP3101_07
39. Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, Santee AC, Nock MK, Auerbach RP. Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2017. doi:10.1007/s10802-016-0214-0
40. Nock, Matthew K. (Ed) Borges, Guilherme (Ed) Ono Y (Ed). *Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. - *PsycNET*.; 2012. <https://psycnet.apa.org/record/2012-14794-000>. Accessed March 21, 2019.
41. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatry*. 2006.

doi:10.1176/ajp.2006.163.7.1226

42. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
43. Miranda R, Tsypes A, Gallagher M, Rajappa K. Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognit Ther Res*. 2013. doi:10.1007/s10608-013-9524-5
44. Czyz EK, King CA. Longitudinal Trajectories of Suicidal Ideation and Subsequent Suicide Attempts Among Adolescent Inpatients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015. doi:10.1080/15374416.2013.836454
45. Wolff JC, Davis S, Liu RT, et al. Trajectories of Suicidal Ideation among Adolescents Following Psychiatric Hospitalization. *J Abnorm Child Psychol*. 2018. doi:10.1007/s10802-017-0293-6
46. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, et al. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. *J Consult Clin Psychol*. 2015. doi:10.1037/a0038657
47. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*. 2002. doi:10.1001/archpsyc.59.9.801
48. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide Among Children and Younger and Older Adolescents in Norway: A Comparative Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998. doi:10.1097/00004583-199805000-00008
49. Bridge JA, Asti L, Horowitz LM, et al. Suicide trends among elementary school-aged children in the United States From 1993 to 2012. *JAMA Pediatr*. 2015. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0465
50. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J*

Psychiatry. 2005. doi:10.1176/appi.ajp.162.7.1328

51. Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, et al. Suicide in Elementary School-Aged Children and Early Adolescents. *Pediatrics*. 2016. doi:10.1542/peds.2016-0436
52. Mullany B, Barlow A, Goklish N, et al. Toward understanding suicide among youths: Results from the White Mountain Apache tribally mandated suicide surveillance system, 2001-2006. *Am J Public Health*. 2009. doi:10.2105/AJPH.2008.154880
53. Beautrais AL. Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001. doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00944.x
54. Coloma C, Hoffman JS, Crosby A. Suicide among Guaraní Kaiowá and Nandeva youth in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arch Suicide Res*. 2006. doi:10.1080/13811110600662505
55. Borowsky IW, Resnick MD, Ireland M, Blum RW. Suicide Attempts Among American Indian and Alaska Native Youth: Risk and Protective Factors. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999. doi:10.1001/archpedi.153.6.573
56. Wexler LM, Gone JP. Culturally responsive suicide prevention in indigenous communities: Unexamined assumptions and new possibilities. *Am J Public Health*. 2012. doi:10.2105/AJPH.2011.300432
57. Zammit S, Gunnell D, Lewis G, Leckie G, Dalman C, Allebeck P. Individual- and area-level influence on suicide risk: A multilevel longitudinal study of Swedish schoolchildren. *Psychol Med*. 2014. doi:10.1017/S0033291713000743
58. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry*. 1999. doi:10.1001/archpsyc.56.10.876
59. Haas AP, Eliason M, Mays VM, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosex*. 2011. doi:10.1080/00918369.2011.534038
60. Wichstrøm L, Hegna K. Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal

- study of the general Norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol.* 2003. doi:10.1037/0021-843X.112.1.144
61. D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *J Interpers Violence.* 2006. doi:10.1177/0886260506293482
 62. Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, et al. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health.* 2011. doi:10.2105/AJPH.2009.190009
 63. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830120095016
 64. Brent DA. Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress. *Suicide Life-Threatening Behav.* 1995. doi:10.1111/j.1943-278X.1995.tb00490.x
 65. Chehil S, Kutcher S. *Suicide Risk Management.*; 2012. doi:10.1002/9781119953128
 66. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet - Semin Med Genet.* 2005. doi:10.1002/ajmg.c.30042
 67. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Br Med J.* 2002;325(7355):74-77.
 68. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry.* 1996. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830120085015
 69. Johnson BA, Brent DA, Bridge J, Connolly J. The familial aggregation of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand.* 1998. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09957.x

70. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med.* 2003. doi:10.1017/S0033291702006748
71. Lieb R, Bronisch T, Höfler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: Findings from a community study. *Am J Psychiatry.* 2005. doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1665
72. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, et al. Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 2003. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1486
73. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999. doi:10.1097/00004583-199912000-00009
74. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2017. doi:10.1111/acps.12679
75. Nelson EC, Heath AC, Madden PAF, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2002. doi:10.1001/archpsyc.59.2.139
76. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abus Negl.* 2008. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.018
77. Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, Rosand J, Smoller JW. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: Results from the national longitudinal study of adolescent health. *Depress Anxiety.* 2013. doi:10.1002/da.22102
78. Gomez SH, Tse J, Wang Y, et al. Are there sensitive periods when child maltreatment substantially elevates suicide risk? Results from a nationally representative sample of adolescents. *Depress Anxiety.* 2017.

doi:10.1002/da.22650

79. Costanza A, D'Orta I, Perroud N, et al. Neurobiology of suicide: Do biomarkers exist? *Int J Legal Med.* 2014. doi:10.1007/s00414-013-0835-6
80. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *J Am Med Assoc.* 2001. doi:10.1001/jama.285.16.2094
81. Geoffroy MC, Boivin M, Arseneault L, et al. Associations between Peer Victimization and Suicidal Ideation and Suicide Attempt during Adolescence: Results from a Prospective Population-Based Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016. doi:10.1016/j.jaac.2015.11.010
82. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Boyce WT. Bullying increased suicide risk: Prospective study of Korean adolescents. *Arch Suicide Res.* 2009. doi:10.1080/13811110802572098
83. Klomek AB, Sourander A, Kumpulainen K, et al. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *J Affect Disord.* 2008. doi:10.1016/j.jad.2007.12.226
84. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009. doi:10.1097/CHI.0b013e318196b91f
85. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res.* 2010. doi:10.1080/13811118.2010.494133
86. Bauman S, Toomey RB, Walker JL. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *J Adolesc.* 2013. doi:10.1016/j.adolescence.2012.12.001
87. Litwiller BJ, Brausch AM. Cyber Bullying and Physical Bullying in Adolescent Suicide: The Role of Violent Behavior and Substance Use. *J Youth Adolesc.* 2013. doi:10.1007/s10964-013-9925-5

88. Van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents ameta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2014. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143
89. Gould MS, Petrie K, Kleinman MH, Wallenstein S, Gould MS. Clustering of attempted suicide: New zealand national data. *Int J Epidemiol.* 1994. doi:10.1093/ije/23.6.1185
90. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide clusters: A review of risk factors and mechanisms. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2013. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x
91. McKenzie N, Keane M. Contribution of Imitative Suicide to the Suicide Rate in Prisons. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2007. doi:10.1521/suli.2007.37.5.538
92. Sandler AD, Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent Suicide Attempts: Risks and Protectors. *Pediatrics.* 2001;107(3):485 LP - 493. doi:10.1542/peds.107.3.485
93. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PSF, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: A meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012. doi:10.1136/jech-2011-200707
94. Kessler RC, Downey G, Milavsky JR, Stipp H. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicides: A reconsideration. *Am J Psychiatry.* 1988. doi:10.1176/ajp.145.11.1379
95. Dunlop SM, More E, Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2011. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02416.x
96. Güleç G. Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. *Türkiye Klin J Psychiatry - Spec Top.* 2016.
97. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830040075012

98. Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*. 2016. doi:10.1542/peds.2016-1420
99. Hawton K, O'Connor RC, Saunders KE. Suicidal behavior and self-harm. In: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed. ; 2015:893-910.
100. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med*. 2003. doi:10.1017/S0033291702006943
101. Öncü B. İntihar Davranışı. In: *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. ; 2008.
102. Strober M, Schmidt-Lackner S, Freeman R, Bower S, Lampert C, Deantonio M. Recovery and Relapse in Adolescents with Bipolar Affective Illness: A Five-Year Naturalistic, Prospective Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995. doi:10.1097/00004583-199506000-00012
103. Lewinsohn PM, Seeley JR, Klein DN. Bipolar disorders during adolescence. *Acta Psychiatr Scand*. 2003. doi:10.1034/j.1600-0447.108.s418.10.x
104. Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, et al. Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2012. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.650
105. Balázs J, Miklősi M, Keresztény Á, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2013. doi:10.1111/jcpp.12016
106. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5
107. Brausch AM, Gutierrez PM. The Role of Body Image and Disordered Eating as Risk Factors for Depression and Suicidal Ideation in Adolescents. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2009. doi:10.1521/suli.2009.39.1.58
108. Dancyger IF, Fornari VM. A Review of Eating Disorders and Suicide Risk in Adolescence. *Sci World J*. 2005. doi:10.1100/tsw.2005.101
109. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide:

- A review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand*. 2004. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00384.x
110. Impey M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2012. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01798.x
111. Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S. İntihar Girişimi İle Başvuran Bireylerde Kişilik Bozukluğu Ve Bazı{Dotless} Klinik Değişkenler. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2014;15(1):24-30. doi:10.5455/apd.40634
112. Sayıl I, Berksun OE, Palabıykoğlu R, Özgüven HD, Soykan Ç HS. İntihar Davranışı. In: *Kriz ve Krize Müdahale*. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları; 2000.
113. Thompson AH, Dewa CS, Phare S. The suicidal process: age of onset and severity of suicidal behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(8):1263-1269. doi:10.1007/s00127-011-0434-0
114. Simon TR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow M, O'Carroll PW. Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2002;32:49-59. doi:10.1521/suli.32.1.5.49.24212
115. Svetcic J, De Leo D. The hypothesis of a continuum in suicidality: A discussion on its validity and practical implications. *Ment Illn*. 2012. doi:10.4081/mi.2012.e12
116. Wyder M, De Leo D. Behind impulsive suicide attempts: Indications from a community study. *J Affect Disord*. 2007. doi:10.1016/j.jad.2007.02.015
117. Kleespies PM, AhnAllen CG, Knight JA, et al. A Study of Self-Injurious and Suicidal Behavior in a Veteran Population. *Psychol Serv*. 2011. doi:10.1037/a0024881
118. Gore-Jones V, O'Callaghan J. Suicide attempts by jumping from a height: A consultation liaison experience. *Australas Psychiatry*. 2012. doi:10.1177/1039856212449672

119. Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, John Mann J. Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996. doi:10.1111/j.1530-0277.1996.tb01148.x
120. Smith AR, Witte TK, Teale NE, King SL, Bender TW, Joiner TE. Revisiting impulsivity in suicide: Implications for civil liability of third parties. *Behav Sci Law*. 2008. doi:10.1002/bsl.848
121. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*. 2010. doi:10.1037/a0018697
122. Kessel N. Self-poisoning—Part II. *Br Med J*. 1965. doi:10.1136/bmj.2.5474.1336
123. Finn ME. Study in suicidal attempts. *J Nerv Ment Dis*. 1955;121:172-176. doi:10.1097/00005053-195502000-00007
124. Gvion Y, Apte A. Aggression, Impulsivity, and Suicide behavior: A review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2011. doi:10.1080/13811118.2011.565265
125. Rimkeviciene J, Ogorman J, De Leo D. Impulsive suicide attempts: A systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *J Affect Disord*. 2015. doi:10.1016/j.jad.2014.08.044
126. Williams CL, Sale IM, Wignall AL. Correlates of impulsive suicidal behavior. *N Z Med J*. 1977.
127. Williams CL, Davidson JA, Montgomery I. Impulsive suicidal behavior. *J Clin Psychol*. 1980;36(1):90-94. doi:10.1002/1097-4679(198001)36:1<90::AID-JCLP2270360104>3.0.CO;2-F
128. Fedyszyn IE, Harris MG, Robinson J, Edwards J, Paxton SJ. Characteristics of suicide attempts in young people undergoing treatment for first episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011. doi:10.3109/00048674.2011.595687
129. Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention

- between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry*. 2009. doi:10.4088/JCP.07m03904
130. Bagge CL, Littlefield AK, Lee HJ. Correlates of proximal premeditation among recently hospitalized suicide attempters. *J Affect Disord*. 2013. doi:10.1016/j.jad.2013.02.004
 131. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. In: *The Prediction of Suicide*. ; 1974.
 132. Antretter E, Dunkel D, Haring C, et al. The factorial structure of the Suicide Intent Scale: A comparative study in clinical samples from 11 European regions. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008. doi:10.1002/mpr.231
 133. Beck AT, Lester D. Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *J Psychol Interdiscip Appl*. 1976. doi:10.1080/00223980.1976.9921330
 134. Diaz FJ, Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003. doi:10.1007/s00406-003-0425-6
 135. Mieczkowski TA, Sweeney JA, Haas GL, Junker BW, Brown RP, Mann JJ. Factor Composition of the Suicide Intent Scale. *Suicide Life-Threatening Behav*. 1993. doi:10.1111/j.1943-278X.1993.tb00277.x
 136. Hasley JP, Ghosh B, Huggins J, Bell MR, Adler LE, Shroyer ALW. A Review of “Suicidal Intent” Within the Existing Suicide Literature. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2008. doi:10.1521/suli.2008.38.5.576
 137. Conner KR. A Call for Research on Planned vs. Unplanned Suicidal Behavior. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2004. doi:10.1521/suli.34.2.89.32780
 138. Baca-García E, Diaz-Sastre C, Basurte E, et al. A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *J Clin Psychiatry*. 2001. doi:10.4088/JCP.v62n07a11
 139. Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J. Chronic alcohol problems among suicide

- attempters - Post-mortem findings of a 14-year follow-up. *Nord J Psychiatry*. 2005. doi:10.1080/08039480510018823
140. Hawton K, Simkin S, Gunnell D, et al. A multicentre study of coproxamol poisoning suicides based on coroners' records in England. *Br J Clin Pharmacol*. 2005. doi:10.1111/j.1365-2125.2004.02252.x
 141. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999. doi:10.1001/archpsyc.56.7.617
 142. Cheah D, Schmitt G, Pridmore S. Suicide, misappropriation and impulsivity. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(6):544-546. doi:10.1080/00048670802050611
 143. Mayfield DG, Montgomery D. Alcoholism, Alcohol Intoxication, and Suicide Attempts. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;27(3):349-353. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750270055008
 144. Rosenberg PB, Rosse R. Impulsive suicide attempts by a patient with alcoholic dementia. *Psychosomatics*. 2003;44(5):415-416. doi:10.1176/appi.psy.44.5.415
 145. Conner KR, Houston RJ, Swogger MT, et al. Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: Role of event severity, timing, and type. *Drug Alcohol Depend*. 2012;120(1-3):155-161. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.07.013
 146. Jeon HJ, Lee JY, Lee YM, et al. Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample. *J Affect Disord*. 2010;127(1-3):274-280. doi:10.1016/j.jad.2010.05.027
 147. Weyrauch KF, Roy-Byrne P, Katon W, Wilson L. Stressful Life Events and Impulsiveness in Failed Suicide. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2001;31(3):311-319. doi:10.1521/suli.31.3.311.24240
 148. Lindqvist P, Johansson L. Teenage suicides in northern Sweden: An interview study of investigating police officers. *Inj Prev*. 2000;6(2):115-119.

doi:10.1136/ip.6.2.115

149. Aleksandrowicz MK. The biological strangers. An attempted suicide of a seven and a half year old girl. *Bull Menninger Clin.* 1975;39(2):163-176.
150. Konradsen F, Hoek W Van Der, Peiris P. Reaching for the bottle of pesticide - A cry for help. Self-inflicted poisonings in Sri Lanka. *Soc Sci Med.* 2006;62(7):1710-1719. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.020
151. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 1994;8(4):257-267. doi:10.1521/pedi.1994.8.4.257
152. Hendin H, Maltzberger JT, Szanto K. The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(5):363-368. doi:10.1097/NMD.0b013e318052264d
153. Wingrove J, Bond AJ. Impulsivity: A state as well as trait variable. Does mood awareness explain low correlations between trait and behavioural measures of impulsivity? *Pers Individ Dif.* 1997. doi:10.1016/S0191-8869(96)00222-X
154. Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology (Berl).* 1999;146(4):348-361. doi:10.1007/PL00005481
155. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric Aspects of Impulsivity. *Am J Psychiatry.* 2001;158(11):1783-1793. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1783
156. Yazici K YA. DÜRTÜSELLİK Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Curr approaches psyciatry.* 2010.
157. Liu RT, Trout ZM, Hernandez EM, Cheek SM, Gerlus N. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.09.019
158. Hamilton KR, Littlefield AK, Anastasio NC, et al. Rapid-response impulsivity: Definitions, measurement issues, and clinical implications. *Personal Disord*

Theory, Res Treat. 2015. doi:10.1037/per0000100

159. Lane SD, Cherek DR, Rhoades HM, Pietras CJ, Tcheremissine O V. Relationships among laboratory and psychometric measures of impulsivity: Implications in substance abuse and dependence. *Addict Disord their Treat.* 2003. doi:10.1097/00132576-200302020-00001
160. Kasen S, Cohen P, Chen H. Developmental course of impulsivity and capability from age 10 to age 25 as related to trajectory of suicide attempt in a community cohort. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2011. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00017.x
161. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998. doi:10.1097/00004583-199806000-00011
162. Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernández TD, Joiner TE. Reconsidering the Link Between Impulsivity and Suicidal Behavior. *Personal Soc Psychol Rev.* 2014. doi:10.1177/1088868314535988
163. Myers K, McCauley E, Calderon R, Treder R. The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991. doi:10.1016/S0890-8567(10)80020-6
164. Yen S, Weinstock LM, Andover MS, Sheets ES, Selby EA, Spirito A. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychol Med.* 2013. doi:10.1017/S0033291712001912
165. Daniel SS, Goldston DB, Erkanli A, Franklin JC, Mayfield AM. Trait anger, anger expression, and suicide attempts among adolescents and young adults: A prospective study. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009. doi:10.1080/15374410903103494
166. Brent DA, Melhem NM, Oquendo M, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: A 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry.* 2015.

doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2141

167. McGirr A, Turecki G. The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Curr Psychiatry Rep.* 2007. doi:10.1007/s11920-007-0062-2
168. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017. doi:10.1007/s00787-016-0915-5
169. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, García Resa E, et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005. doi:10.1007/s00406-004-0549-3
170. Gvion Y, Horresh N, Levi-Belz Y, et al. Aggression-impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Compr Psychiatry.* 2014. doi:10.1016/j.comppsy.2013.09.003
171. Ialongo NS, Koenig-McNaught AL, Wagner BM, et al. African American Children's Reports of Depressed Mood, Hopelessness, and Suicidal Ideation and Later Suicide Attempts. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2004. doi:10.1521/suli.34.4.395.53743
172. Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, Aikins JW, Cheah CSL, Spirito A. Longitudinal Trajectories and Predictors of Adolescent Suicidal Ideation and Attempts Following Inpatient Hospitalization. *J Consult Clin Psychol.* 2008. doi:10.1037/0022-006X.76.1.92
173. Coopersmith S. *The Antecedents of Self-Esteem.* San Francisco: W. H. Freeman; 1967.
174. Rosenberg M. Self-Esteem Scale. In: *Society and the Adolescent Self-Image.* ; 1965. doi:10.1007/s12671-015-0407-6
175. Harter S. *The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations, 2nd Ed.* New York, NY, US: Guilford Press; 2012.

176. Duprey EB, Oshri A, Liu S. Childhood Maltreatment, Self-esteem, and Suicidal Ideation in a Low-SES Emerging Adult Sample: The Moderating Role of Heart Rate Variability. *Arch Suicide Res.* 2019. doi:10.1080/13811118.2018.1430640
177. Jang JM, Park J Il, Oh KY, et al. Predictors of suicidal ideation in a community sample: Roles of anger, self-esteem, and depression. *Psychiatry Res.* 2014. doi:10.1016/j.psychres.2013.12.054
178. Wild LG, Flisher AJ, Lombard C. Suicidal ideation and attempts in adolescents: Associations with depression and six domains of self-esteem. *J Adolesc.* 2004. doi:10.1016/j.adolescence.2004.03.001
179. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Vol 26. Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers; 2004:41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
180. Linehan M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press; 1993. https://books.google.com.tr/books/about/Cognitive_behavioral_Treatment_of_Border.html?id=UZim3OAPwe8C&redir_esc=y. Accessed September 1, 2019.
181. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, et al. Emotion Regulation Difficulties, Youth-Adult Relationships, and Suicide Attempts Among High School Students in Underserved Communities. *J Youth Adolesc.* 2013. doi:10.1007/s10964-012-9884-2
182. Cha C, Nock M. Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009. doi:10.1097/CHI.0b013e3181984f44
183. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognit Ther Res.* 2012. doi:10.1007/s10608-011-9419-2
184. Burke TA, Connolly SL, Hamilton JL, Stange JP, Abramson LY, Alloy LB.

- Cognitive Risk and Protective Factors for Suicidal Ideation: A Two Year Longitudinal Study in Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2016;44(6):1145-1160. doi:10.1007/s10802-015-0104-x
185. Najmi S, Wegner DM, Nock MK. Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behav Res Ther*. 2007. doi:10.1016/j.brat.2006.09.014
 186. Smith JM, Alloy LB, Abramson LY. Cognitive Vulnerability to Depression, Rumination, Hopelessness, and Suicidal Ideation: Multiple Pathways to Self-Injurious Thinking. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2006. doi:10.1521/suli.2006.36.4.443
 187. Roth S, Cohen LJ. Approach, Avoidance, and Coping With Stress. *Am Psychol*. 1986. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813
 188. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a Stressful Encounter. Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986. doi:10.1037/0022-3514.50.5.992
 189. Desai A. Erica Frydenberg: Adolescent Coping: Advances in Theory, Research, and Practice. *J Youth Adolesc*. 2012;41(5):673-676. doi:10.1007/s10964-012-9752-0
 190. Holahan CJ, Moos RH. Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *J Pers Soc Psychol*. 1987. doi:10.1037/0022-3514.52.5.946
 191. Sunnqvist C, Träskman-Bendz L, Westrin Å. Coping strategies used by suicide attempters and comparison groups. *Open J Psychiatry*. 2013;03(02):256-263. doi:10.4236/ojpsych.2013.32024
 192. Becker-Weidman EG, Jacobs RH, Reinecke MA, Silva SG, March JS. Social problem-solving among adolescents treated for depression. *Behav Res Ther*. 2010. doi:10.1016/j.brat.2009.08.006
 193. Linehan MM, Camper P, Chiles JA, Strosahl K, Shearin E. Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognit Ther Res*. 1987. doi:10.1007/BF01183128

194. Orbach I, Bar-Joseph H, Dror N. Styles of Problem Solving in Suicidal Individuals. *Suicide Life-Threatening Behav.* 1990. doi:10.1111/j.1943-278X.1990.tb00653.x
195. Williams F, Hasking P. Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. *Prev Sci.* 2010. doi:10.1007/s11121-009-0147-8
196. Marty MA, Segal DL, Coolidge FL. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging Ment Heal.* 2010. doi:10.1080/13607863.2010.501068
197. Speckens AEM, Hawton K. Social Problem Solving in Adolescents with Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2005. doi:10.1521/suli.2005.35.4.365
198. Kattimani S, Sarkar S, Rajkumar RP, Menon V. Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *J Neurosci Rural Pract.* 2015. doi:10.4103/0976-3147.153222
199. Thompson RA. *Attachment Theory and Research*. Vol 1. (Zelazo PD, ed.). Oxford University Press; 2013. doi:10.1093/oxfordhb/9780199958474.013.0009
200. Albert S, Bowlby J. *Attachment and Loss: Sadness and Depression*. Vol 44.; 1982. doi:10.2307/351282
201. HAZAN C, SHAVER PR. Bağlanma (yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve). *Ankara Univ Egit Bilim Fak Derg.* 1998. doi:10.1501/egifak_00000000242
202. Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS, Labouvie-Vief G. Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *J Pers Soc Psychol.* 1998. doi:10.1037/0022-3514.74.6.1656
203. Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation (vol. xviii). *Patterns Attach.* 1987:391.

204. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *J Pers Soc Psychol*. 1991. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
205. Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP, Cohn DA. Adult Attachment and Adult Child-Older Parent Relationships. *Am J Orthopsychiatry*. 1993;63(4):606-613. doi:10.1037/h0079471
206. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between Attachment Patterns and Personality Pathology in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002. doi:10.1097/00004583-200209000-00012
207. FÇ Ç. Gelişimsel psikopatolojinin temel kavramları. In: FÇ Çetin, A Coşkun, E İşeri RU, ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008:141-142.
208. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion*. 2001. doi:10.1037/1528-3542.1.4.365
209. Smith M, Calam R, Bolton C. Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. *Behav Cogn Psychother*. 2009. doi:10.1017/S1352465808004724
210. Marazziti D, Dell’Osso B, Dell’Osso MC, et al. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr*. 2007. doi:10.1017/S1092852900015431
211. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult Attachment, the Transition to Parenthood, and Depressive Symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 2003. doi:10.1037/0022-3514.84.6.1172
212. Twaite JA, Rodriguez-Srednicki O. Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: The mediating effects of attachment and dissociation. *J Child Sex Abus*. 2004. doi:10.1300/J070v13n01_02
213. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The

- relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*. 2003. doi:10.1016/S0304-3959(03)00120-9
214. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed outpatients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(6):447-456. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00271.x
 215. Sermin K. Bağlanma Ve Psikopatoloji. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):321-342.
 216. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(1):103-122, vii-viii. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10729934>. Accessed September 3, 2019.
 217. Adam KS. Suicidal behavior and attachment: A developmental model. In: *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*. New York, NY, US: Guilford Press; 1994:275-298.
 218. Mikulincer M, Shaver PR. A model of attachment-system functioning and dynamics in adulthood. In: *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. ; 2007:76-124.
 219. de Jong ML. Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence. *J Youth Adolesc*. 1992;21(3):357-373. doi:10.1007/BF01537023
 220. Adam KS, West M, Sheldon-Keller AE. Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):264-272. doi:10.1037/0022-006X.64.2.264
 221. Lessard JC, Moretti MM. Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. *J Adolesc*. 1998;21(4):383-395. doi:10.1006/jado.1998.0169
 222. West ML, Spreng SW, Rose SM, Adam KS. Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. *Can J*

- Psychiatry*. 1999;44(6):578-582. doi:10.1177/070674379904400606
223. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, et al. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 2011. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01724.x
224. Smith PN, Gamble SA, Cort NA, Ward EA, Conwell Y, Talbot NL. The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse. *J Clin Psychol*. 2012. doi:10.1002/jclp.20852
225. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attach Hum Dev*. 2013. doi:10.1080/14616734.2013.782649
226. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *J Affect Disord*. 2010. doi:10.1016/j.jad.2009.09.010
227. N Dilbaz, V Bitlis, G Bayam, O Berksun, H Holat, T Tüzer SG. İntihar niyeti ölçeği: geçerlik ve güvenirliği. *Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg*. 1995.
228. Lim M, Lee S, Park J-II. Differences between impulsive and non-impulsive suicide attempts among individuals treated in emergency rooms of South Korea. *Psychiatry Investig*. 2016;13(4):389-396. doi:10.4306/pi.2016.13.4.389
229. Gökler, B., Ünal, F., Pehlivantürk, B., Çengel-Kültür, E., Akdemir, D. ve Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*,. 2004;11(3):109-116.
230. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
231. Achenbach T, Edlebrock C. Manual for the Child Behavior Checklist and

- Revised Child Behavior Profile. *Burlingt Univ Vermont, Dep Psychiatry*. 1993.
232. Akçakın M. Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinin tanıtımı ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikol Derg*. 1985;5 (18):3-6.
233. Erol, N., & Şimsek Z. Çocuk ve gençlerde ruh sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. 1998.
234. Erol, N., Arslan, B.L., Akçakın M. *The Adaptation and Standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 Year Old Turkish Children*. Zürih: Fotoratar; 1995.
235. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995. doi:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1
236. Yiğit İ, Guzey Yiğit M. Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Curr Psychol*. October 2017;1-9. doi:10.1007/s12144-017-9712-7
237. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980. doi:10.2307/2136617
238. Şahin, N. H. ve Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikol Derg*. 1995;(10(34)):56-73.
239. Sümer N, Güngör D. Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikol Derg*. 1999.
240. Kann L, McManus T, Harris WA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2015. *MMWR Surveill Summ*. 2016;65(6):1-174. doi:10.15585/mmwr.ss6506a1
241. WHO. WHO | Suicide data. *WHO Website*. 2016:1. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/%0Ahttps://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/%0Ahttp://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

Accessed September 22, 2019.

242. Akin E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanımların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Derg.* 2012;17(4):228-232.
243. Şener Ş ŞS. İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. *Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg.* 1996;4(2):100-107.
244. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit.* 2011;17(8). doi:10.12659/MSM.881887
245. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symp.* 2006.
246. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman PD. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: A cohort study. *Lancet.* 2004;364(9440):1135-1140. doi:10.1016/S0140-6736(04)17099-2
247. Gözden Ş. Ergenlerdeki İntihar Davranışının Dürtüsellik, Öfke İfadesi ve Aile Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi. 2013.
248. ÇUHADAROĞLU F SB. Adolesan İntiharları: Risk Faktörleri Üzerine Bir İnceleme. *Türk Psikiyatr Derg.* 1992;3(3):222-226.
249. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000;34(3):420-436. doi:10.1046/j.1440-1614.2000.00691.x
250. Marušič A, Roškar S, Hughes RH. Familial study of suicidal behavior among adolescents in Slovenia. *Crisis.* 2004;25(2):74-77. doi:10.1027/0227-5910.25.2.74
251. Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. Suicidal children grow up: Relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(5):269-275. doi:10.1097/00005053-199805000-00002

252. Crowley P, Kilroe J, Burke S. Youth suicide prevention: Evidence Briefing. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2004;31:6-31. doi:10.1521/suli.31.1.5.6.24219
253. Atay İM KE. Ergenlerde intihar davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2003;10(3):128-136.
254. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PLoS One.* 2016;11(4). doi:10.1371/journal.pone.0153760
255. J W, Whitlock J. Self-injurious behavior in adolescents. *Plos Med.* 2010;7(5):e1000240-e1000240. doi:10.1371/journal.pmed.1000240
256. Wojnar M, Ilgen MA, Czyz E, et al. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *J Affect Disord.* 2009;115(1-2):131-139. doi:10.1016/j.jad.2008.09.001
257. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1998;172(JAN.):35-37.
258. Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and the risk of suicidal behavior: A prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(3):328-334. doi:10.1001/archpsyc.62.3.328
259. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Youth suicide attempts: A social and demographic profile. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998;32(3):349-357. doi:10.3109/00048679809065527
260. Sayar K, Öztürk M, Acar B. Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler. *Klin Psikofarmakol Bülteni.* 2000;10(3):133-138.
261. Witte TK, Merrill KA, Stellrecht NE, et al. "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *J Affect Disord.* 2008. doi:10.1016/j.jad.2007.08.010

8. EKLER

Ek-1: Araştırma Etik Kurul Onayı



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2018.882
	PROJE ADI	Kız Ergenlerde intihar girişim niteliği ve ergenin psikososyal özellikleriyle ilişkisi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Neşe PERAHLI FİŞ

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 04.01.2019 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (kandemalar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.
------------------------	---

ÜYELER					
Ünvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya Katılım	İmza
Prof.Dr. İhaner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	☒ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	OTW
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. İhsan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	2
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	Ustun
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	[Signature]
Prof. Dr. Beste Melik ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	[Signature]
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	[Signature]
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	[Signature]
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	[Signature]
Doç.Dr. Filiz DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	[Signature]
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	[Signature]
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	

Ek-2: İl Milli Eğitim Araştırma İzin Formu



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.5745319
Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi

19/03/2019

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a) 05.03.2019 tarihli ve 4689277 Gelen Evrak No'lu dilekçe.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tk. Gn. Md. 22.08.2017 tarih ve 12607291/ 2017/25 No'lu Gen.
c) Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Anket Komisyonunun 18.03.2019 tarihli tutanağı.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık programı öğrencisi Ali Safa SAYIM'ın "Ergenlerde İntihar Girişimi Niteliğinin Ergenin Psikososyal Özellikleri ile İlişkisi" konulu tezi kapsamında, ilimiz Pendik, Maltepe ve Kartal ilçelerinde bulunan ortaokul ve liselerde öğrenim gören öğrencilere; kişisel bilgi formu, beck umutsuzluk ölçeği, duygu düzenleme ölçeği, barratt dürtüsellik ölçeği, stresle başa çıkma tarzları ölçeği, rosenberg benlik saygısı ölçeği, ergen ilişki ölçeği ve fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğini uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Milli Eğitim Müdürü

- Ek:
1- Genelge.
2- Komisyon Tutanağı.

OLUR
19/03/2019

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek-3: Hasta Bilgilendirme ve Onay Formu

ERGEN ÇALIŞMA GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Ergenlerde intihar girişiminin niteliğinin ergenin psikososyal özellikleriyle ilişkisi

Günümüzde intihar davranışları özellikle ergenlerde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. İntihar davranışı genellikle çeşitli psikiyatrik hastalıklarla birlikte ortaya çıkmaktadır. İntihar girişiminin çeşitli sebepleri ve motivasyonları olabilir.

İntihar girişimleri, nitelikleri açısından dürtüsel, plansız, karar verdikten sonra kısa sürede gerçekleştirilen ve daha planlı, tasarlanarak gerçekleştirilenler olarak ikiye ayrılabilir.

Çalışmamızda; dürtüsel veya planlı intihar girişiminde bulunan bireylerin dürtüsellik, benlik saygısı, duygu düzenleme, stresle başa çıkma tarzları, ilişki tutumları gibi çeşitli psikososyal özellikler açısından farklılıklarını ölçeklerle saptamak hedeflenmiştir.

Gönüllü isen ve bu çalışmaya katılmayı kabul edersen; seninle ve ebeveynlerinle görüşme yapılacak, sana bazı ölçekler ve girişimsel olmayan testler uygulanacaktır. Ebeveynlerinin de seninle ilgili ölçekler doldurması istenecektir.

Bu çalışmanın sana bir zararı yoktur.

Bu çalışma sadece gönüllü olarak çalışmamıza katılmayı isteyenlerle gerçekleştirilecektir.

Bu çalışma ve seninle ilgili tüm bilgiler saklı tutulacaktır.

Çalışma ile ilgili aklına takılan bir soru veya yaşadığın bir sorun olursa 02166570606-8105 telefon numaralarından araştırmacı Dr. Ali Safa SAYIM'a ulaşabilirsin.

KATILIMCININ BEYANI:

Dr. Ali Safa SAYIM tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizli kalacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle bir sağlık sorunumun ortaya çıkma her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda bilgi verildi.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. Ali Safa SAYIM'a, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca -Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefonda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

Ebeveyn Bilgilendirme ve Onay Formu

ARAŞTIRMANIN ADI: Ergenlerde intihar girişiminin niteliğinin ergenin psikososyal özellikleriyle ilişkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Günümüzde intihar davranışları özellikle ergenlerde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. İntihar davranışı genellikle çeşitli psikiyatrik hastalıklarla birlikte ortaya çıkmaktadır. İntihar girişiminin çeşitli sebepleri ve motivasyonları olabilir.

İntihar girişimleri, nitelikleri açısından dürtüsel, plansız, karar verdikten sonra kısa sürede gerçekleştirilen ve daha planlı, tasarlanarak gerçekleştirilenler olarak ikiye ayrılabilir.

Çalışmamızda; Dürtüsel veya planlı girişimleri uygulayan bireylerin dürtüsellik, benlik saygısı, duygu düzenleme, stresle başa çıkma tarzları, ilişki tutumları ve fonksiyonel olmayan tutumlar gibi çeşitli psikososyal özellikler açısından farklılıklarını ölçeklerle saptamak hedeflenmiştir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve

çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuzun ruhsal değerlendirmesi yapılacak, ayrıca sizden ve çocuğunuzdan dürtüsellığı, benlik saygısı, duygu düzenleme, stresle başa çıkma tarzı, ilişki tutumları ve intihar olasılığı gibi çeşitli psikosoyal özelliklerini değerlendirmek için ölçekler ve formlar doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çocuğunuzun genel gelişimi, zihinsel becerileri, psikiyatrik özellikleri değerlendirilecek, istenildiği takdirde bir problem görülmesi halinde erkenden size bilgi verilerek yönlendirme yapılabilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Çocuğunuzun zeka ile ilgili veya muhakeme yeteneğini bozacak düzeyde psikiyatrik rahatsızlığının olması, kronik veya stabil olmayan medikal bir hastalığının olması, kafa travması geçirmiş olması, psikiyatrik bir tanısının olması, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alması, son 2 ay içinde madde kullanmış olması, nörolojik bir hastalığının olması durumunda çalışmadan ayrılmanız gerektirecektir.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr. ALİ SAFA SAYIM tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.D.'da tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. ALİ SAFA SAYIM’a, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefonda ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı”

olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:

Ebeveynin Adı Soyadı:

İmzası:

İmzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ebeveynin; Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının; Adı-soyadı: Ali Safa Sayım

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmza:

Ek 4: Sosyodemografik Veri Formu

Aşağıdaki soruları okuyunuz ve sizin için doğru olan seçenekleri daire içine alarak; açıklama istenen sorularda ise yazarak yanıt veriniz

1) Adınız soyadınız:

2) Başvuru tarihiniz:

3) Doğum tarihiniz:/...../.....

4) Cinsiyetiniz: 1. Erkek

2.Kadın

5) Kaçıcı sınıfa gidiyorsunuz:

6) Okul başarınız size göre nasıl?

a. Çok iyi b. İyi c. Orta

d. Kötü e. Çok kötü

Annenin

Adı:

Yaşı:

7) Anne ve Babanız;

a. Birlikteler b. Boşandılar

c. Boşanmadılar ancak ayrı yaşıyorlar

8) Kaç kardeşiniz var, varsa kaç tane?

a. Tek çocuğum b.tane kardeşim var.

9) Evlat edinilme durumunuz var mı?:

a. Evet b. Hayır

10) Sizi büyüten kişi için doğru ifadeyi işaretleyiniz

a. Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba

c. Akraba d. Yetiştirme yurdu e. Diğer

11) Babanızın eğitim düzeyine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

a. Okula gitmemiş b. İlkokul c. Ortaokul

d. Lise e. Üniversite

Babanın

Adı:

Yaşı:

12) Annenizin eğitim düzeyine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Okula gitmemiş b. İlkokul c. Ortaokul
d. Lise e. Üniversite

13) Ailenizin ortalama aylık geliri:

- a. (0-1500 TL) b. (1500-5000 TL) c. (5000tl-üstü)

14)Babanızın mesleği:

- a. İşçi b. Esnaf/Tüccar c. Memur
d. Çiftçi e. Serbest meslek (doktor, avukat vb)
f.çalışmıyor

15) Annenizin mesleği:

- a. İşçi b. Esnaf/Tüccar c. Memur d. Çiftçi
e. Serbest meslek (doktor, avukat vb.) f. Çalışmıyor

16) Sizde önemli bir tıbbi rahatsızlık var mı?

- a. Hayır b. Evet

Varsa (Açıklayınız).....

17) Şimdiye dek hiç psikiyatrist ya da psikoloğa gittiniz mi?

- a. Hayır b. Evet

18) Halen size uygulanmaya devam edilen psikiyatrik tedaviye ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Yok b. İlaç c. Psikoterapi
d. ilaç+psikoterapi e. Diğer yöntemler

19) Ailenizde ruhsal/psikolojik rahatsızlığı olan var mı?

- a. Hayır b. Evet

Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?

(Açıklayınız).....

20) Ailenizde önemli tıbbi rahatsızlığı olan var mı?

- a. Hayır b. Evet

Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?

(Açıklayınız).....

21) Sigara kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Hiç kullanmam b. Bir iki kez c. Ayda birkaç kez
d. Haftada birkaç kez e. Her gün

22) Alkol kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Hiç b. Çok seyrek c. Ara sıra
d. Sık sık e. Sürekli

23) Uyuşturucu kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Hiç b. Çok seyrek c. Ara sıra
d. Sık sık e. Sürekli

24) Ailenizde siz hariç, kendini yaralama davranışı, intihar girişimişin varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Yok b. Anne c. Baba
d. Kardeş e. Yakın akraba

25) Yakın bir zamanda önemli bir yaşam olayı (bir yakının kaybı, deprem, ciddi bir kazayaşamak vb.) yaşadınız mı?

- a. Hayır b. Evet(belirtiniz).....

26)Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

- a.Hayır b. Evet

Ek-5: Beck Umutsuzluk Ölçeği

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ye da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ye da hayır olarak kodlayınız.

- ___ 1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum
- ___ 2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
- ___ 3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
- ___ 4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.
- ___ 5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
- ___ 6- Benim için çok önemli konularda ileride basarili olacağımı umuyorum.
- ___ 7- Geleceğimi karanlık görüyorum.
- ___ 8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.
- ___ 9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum.Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.
- ___ 10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı
- ___ 11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor
- ___ 12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum
- ___ 13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
- ___ 14-İşler bir turlu benim istediğim gibi gitmiyor.
- ___ 15-Geleceğe büyük inancım var.
- ___ 16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
- ___ 17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
- ___ 18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
- ___ 19-Kotu günlerden çok , iyi günler bekliyorum.
- ___ 20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok,nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

Ek-6: Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen herz Herzaman
1 İşlerimi dikkatle planlarım	☐	☐	☐	☐
2 Düşünmeden iş yaparım	☐	☐	☐	☐
3 Hızla karar veririm	☐	☐	☐	☐
4 Hiç bir şeyi dert etmem	☐	☐	☐	☐
5 Dikkat etmem	☐	☐	☐	☐
6 Uçuşan düşüncelerim var	☐	☐	☐	☐
7 Seyahatlerimi çok önceden planlarım	☐	☐	☐	☐
8 Kendimi kontrol edebilirim.	☐	☐	☐	☐
9 Kolayca konsantre olurum	☐	☐	☐	☐
10 Düzenli para biriktirim	☐	☐	☐	☐
11 Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	☐	☐	☐	☐
12 Dikkatli düşünen birisiyim	☐	☐	☐	☐
13 İş güvenliğine dikkat ederim	☐	☐	☐	☐
14 Düşünmeden bir şeyler söylerim	☐	☐	☐	☐
15 Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	☐	☐	☐	☐
16 Sık sık iş değiştiririm	☐	☐	☐	☐
17 Düşünmeden hareket ederim	☐	☐	☐	☐
18 Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım	☐	☐	☐	☐
19 Aklıma estiği gibi hareket ederim	☐	☐	☐	☐
20 Düşünerek hareket ederim	☐	☐	☐	☐
21 Sıklıkla evimi değiştiririm	☐	☐	☐	☐
22 Düşünmeden alışveriş yaparım	☐	☐	☐	☐
23 Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim	☐	☐	☐	☐
24 Hobilerimi değiştiririm	☐	☐	☐	☐
25 Kazandığımdan daha fazla harcarım	☐	☐	☐	☐
26 Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur	☐	☐	☐	☐
27 Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	☐	☐	☐	☐
28 Derslerde veya sinemada rahat oturamam	☐	☐	☐	☐
29 Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	☐	☐	☐	☐
30 Geleceğini düşünen birisiyim	☐	☐	☐	☐

Ek-7: Duygu Düzenlemede Güçlükler-Kısa Form (DDGÖ-16)

	Hemen hemen hiç (% 0-% 10	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Çoğu zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

Ek-13: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek; bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genel olarak neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir Sıkıntı Olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim				
4. Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6. Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
8. Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissedirim				
11. Olayları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım				
15. Problemin çözümü için adak adarım				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21. Mücadeleden vazgeçerim				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24. Olanlar karşısında kaderim buymuş derim				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürdüm				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

Ek -9: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabil

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

7. Genel olarak kendimden memnunum.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

- a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

Ek-10: İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

YÖNERGE: Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkiden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını 1 (Beni hiç tanımlamıyor)'den 5 (Tamamıyla beni tanımlıyor)'e kadar rakamlar verilen 5 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her ifade için ölçekteki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

	Beni hiç tanımlamıyor		Beni kısmen tanımlıyor		Tamamıyla beni tanımlıyor
1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1	2	3	4	5
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5
4. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1	2	3	4	5
5. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1	2	3	4	5
6. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1	2	3	4	5
7. Yalnız kalmaktan korkarım.	1	2	3	4	5
8. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1	2	3	4	5
9. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
10. Başkalarının bana sırtını dayaması (güvenmesi) konusunda oldukça rahatımdır.	1	2	3	4	5
11. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1	2	3	4	5
12. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5
13. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	1	2	3	4	5
14. Başkalarıyla duygusal yönden yakın olmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
15. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
17. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	1	2	3	4	5

İntihar Girişimi ile ilgili Koşullar**1- İzolasyon**

- a- Yanında herhangi biri var **0**
- b- Yakınında veya ilişkide olduğu biri var. Telefonda olabilir **1**
- c- Yakınında veya ilişkide olduğu kimse yok **2**

2- Zamanlama

Zamanlama dikkate alınmamış **0**

- a- Müdahaleye imkan verecek şekilde zamanlanmış **0**
- b- Müdahaleye imkanı az olacak şekilde zamanlanmış **1**
- c- Müdahaleye imkan çok olacak şekilde zamanlanmış **2**

3- Farkedilme ve/veya müdahale edilmeye karşı önlemler

- a- Önlem alınmamış **0**
- b- Pasif önlemler almış. Örneğin insanlardan kaçınmış fakat engelleyici müdahalelere karşı önlem almamış. Bir odaya kapıyı kilitlemeden kapanması gibi **1**
- c- aktif önlemler almış. Kendini bir odaya kilitlemiş **2**

4- Girişim süresince veya sonrasında yardım sağlayacak tarzda davranmış.

Herhangi bir şey yapmamış **2**

- a- Girişimle ilişkili yardım edebilecek birine haber vermiş **0**
- b- Yardımcı olabilecek kişiyle ilişkiye geçmiş fakat özellikle girişimden bahsetmemiş **1**
- c- Yardımcı olabilecek kişilerle ilişki kurmamış **2**

5- Ölümü beklerken yapılan son eylemler

- a- yok **0**
- b- Ölümü beklerken bazı planlar yapmamış veya yapmayı düşünmüş **1**
- c- Kesinlikle planlar yapmış- vasiyetinde değişiklikler yapması, armağanlar bırakması, yaşam sigortasını iptal ettirmesi gibi **2**

6- İntihar girişimi için yapılan hazırlıkların derecesi

- a- Hiçbir hazırlık yok **0**
- b- Minimum veya orta düzeyde hazırlık **1**
- c- Ciddi hazırlık **2**

7- İntihar notu:

- a- Not yok **0**
- b- Not yazmayı düşünmüş veya yazmış ancak yırtmış **1**
- c- Not var **2**

8- İntihar girişiminden önce niyetin açıkça belirtilmesi

- a- yok 0
- b- Belirsiz biçimde 1
- c- Açık bir biçimde 2

9- İntihar girişiminin amacı

- a- Temel olarak çevresini değiştirmek veya etkilemek 0
- b- Hem çevresini değiştirmek ve etkilemek hem de bulunduğu çevreden kurtulmak 1
- c- Tamamen kendi çevresinden kurtulmak 2

Kendini Değerlendirme

10- Girişimin ölümcüllüğü ile ilgili beklentiler

- a- Ölümün pek olası olmadığını düşünmüş veya hiç düşünmemiş 0
- b- Ölebileceğini düşünmüş ancak pek ihtimal vermemiş 1
- c- Ölümün olası veya kesin olduğunu düşünmüş 2

11- Kullanılan yöntemin öldürücü olmasına ilişkin kavramlar

- a- Hiç düşünmemiş veya öldürücü olmayacak düzeyde uygulamış 0
- b- Kullandığı yöntemin öldürücü olup olmadığı konusunda emin değilmiş 1
- c- Kullandığı yöntemin en az düşündüğü kadar veya düşündüğünden de öldürücü olduğunu düşünmüş 2

12- Girişimin ciddiyeti

- a- Yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim düşünmemiş 0
- b- Yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olup olmadığından emin değilmiş 1
- c- Yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olarak düşünmüş 2

13- Yaşamın devamına ilişkin çelişkiler

- a- Ölmek istememiş 0
- b- Yaşamayı veya ölmeyi önemsememiş 1
- c- Ölmek istemiş 2

14- Girişimin geri dönülebilir olması

- a- Tıbbi müdahale sayesinde ölmeyeceğini düşünmüş 0
- b- Tıbbi müdahale ile ölümün önlenilebileceğinden emin değilmiş 1
- c- Tıbbi müdahaleye rağmen öleceğinden eminmiş 2

15- Girişimin tasarlanma derecesi

- a- Hiç düşünmemiş, impulsif 0
- b- İntihar girişiminden 3 saat veya daha kısa süre önce tasarlamaya başlamış 1
- c- İntihar girişiminden 3 saatten daha uzun süre önce tasarlamaya başlamış 2

Ek-11: İntihar Klinik Değerlendirme Formu

İNTİHAR DÜŞÜNCESİNİN VARLIĞI, SIKLIĞI, YOĞUNLUĞU VE SÜRESİ

İntihar Düşüncesi Varlığı: 1. Yok 2. Var

Kendini kötü ya da üzgün hissettiğin zaman sıklıkla aklından neler geçer? Bazen kendini kötü hisseden ya da üzgün olan gençler ölümü düşünür, hayatta olmamayı ya da ölmeyi isteyebilir, hatta kendilerini öldürmeyi planlayabilir. Hiç böyle düşüncelerin oldu mu? Ne zaman?

.....

Şimdiki Ölüm Düşüncesi

Gelecekte intihar ederek ölmenizin olasılığı nedir?

1. Çok düşük 2. Oldukça düşük 3. Emin değilim 4. Oldukça yüksek 5. Çok yüksek

İntihar Düşüncesi Sıklığı:

Ne sıklıkla aklına bu düşünceler gelir? Günde kaç kez? Haftada kaç kez? Ayda kaç kez? Bu düşünceler ne kadar sürer? Kaç dakika ya da saniye?

.....

İntihar Düşüncesi Yoğunluğu

Bu düşünceler ne kadar şiddetlidir? Bu düşüncenin şiddetini bu termometre üzerinde işaretler misin?

1. Çok düşük 2. Oldukça düşük 3. Emin değilim 4. Oldukça yüksek 5. Çok yüksek

İntihar Girişiminde seçilen yöntemin niteliği:

1. Şiddet içerikli yöntemler: ası, kendini vurma, yakma, kaza planlama, yüksekten atlama
2. Şiddet içermeyen yöntemler: yüksek doz ilaç alımı, kendini zehirleme, egzos dumanı, boğulma
3. Pasif yöntemler: hastanede yatan bir hastanın tedaviyi reddetmesi

ÖLÜM RİSKİ 1. Yok 2. Var

Gerçek tıbbi ölüm riski ya da çok ciddi intihar eylemleri sonrası fiziksel durum. Yöntem, kurtarılma anındaki bilinç durumu, fiziksel hasarın ciddiyeti, alınan maddenin toksisitesi, geri dönülebilirlik, tam iyileşme için gerekli zaman ve ne kadar tıbbi tedavi gerektiği dikkate alınmalıdır.

YAŞAMI SÜRDÜRME NEDENLERİ

1. Aile
2. Arkadaş
3. Başkalarına karşı sorumluluk
4. Özgül planlar ve amaçlar
5. Gelecek algısı-(belirli bir plan yok)
6. Anlamlı obje ya da eylemler (evcil hayvanı ya da hobiler vb)
7. İnanç
8. Kendilik (kendimi hayal kırıklığına uğratmama vb)

ÖNCEKİ İNTİHAR GİRİŞİMİ 1. Yok 2. Var

Evet ise, önceki girişimin niteliğini araştırın.

a) Dürtüsel

b) Planlı

c) Alkol ve/veya madde etkisinde

ÖNCEKİ İNTİHAR GİRİŞİMİ varsa:

a)İntihar girişimi Sayısı

b)İntihar Girişimlerinin sırasıyla tarihleri:

c)İntihar girişimlerinde kullanılan yöntemler:

Girişim 1 Girişim 2 Girişim 3 Girişim 4

İlaçla

Zehirle:

Asarak:

Kesici aletle:

Boğarak:

Yüksekten atlama:

Diğer:

İNTİHAR GİRİŞİMİ TETİKLEYEN FAKTÖRLER:

1. Ailesel problemler

2. Ders Başarısızlığı:

3. Arkadaş ilişkilerinde Sorunlar:

4. Sevilen bir kişinin kaybı

5. Öğretmen ile ilişkili sorunlar

6. Diğer....

AİLEDE İNTİHAR GİRİŞİMİ YA DA İNTİHARA BAĞLI ÖLÜM

1. Yok 2.Var

Ailende ya da akrabalar arasında intihar girişiminde bulunan var mı? Kaç yaşında olmuş? Ne yapmış? Nasıl sonlanmış?

.....
.....
.....

YAKIN ÇEVRE YA DA ARKADAŞLAR ARASINDA İNTİHAR GİRİŞİMİ YA DA İNTİHARA BAĞLI ÖLÜM

1. Yok 2. Var

Arkadaşların ya da yakın çevrende intihar girişiminde bulunan var mı? Ne zaman? Ne yapmış? Nasıl sonlanmış?

.....
.....
.....

Ek-12: 4-18 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(CBCL)

4-18 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(CBCL)

Çocuğun Adı-Soyadı:

Tarili:

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu anki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye özen gösteriniz.

0: Doğru değil

1: Bazen ya da biraz doğru

2: Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2	<u>1</u>	Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.
0 1 2	<u>2</u>	Alerjisi vardır (yeme, koklama ile; tozlu bir yerde bulunmakla; kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vb. olması).
0 1 2	<u>3</u>	Çok tartışır.
0 1 2	<u>4</u>	Astımı (nefes darlığı) vardır.
0 1 2	<u>5</u>	Karşı cinsten biri gibi davranır.
0 1 2	<u>6</u>	Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar.
0 1 2	<u>7</u>	Övünür, yüksekte atar, hava yapar.
0 1 2	<u>8</u>	Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.
0 1 2	<u>9</u>	Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz. Açıklayınız...
0 1 2	<u>10</u>	Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir.
0 1 2	<u>11</u>	Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.
0 1 2	<u>12</u>	Yalnızlıktan yakındır.
0 1 2	<u>13</u>	Kafası karışıktır, şaşkın görünür.
0 1 2	<u>14</u>	Çok ağlar.
0 1 2	<u>15</u>	Hayvanlara eziyet eder.
0 1 2	<u>16</u>	Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır.
0 1 2	<u>17</u>	Hayale dalıp gider, kendini unuttur.
0 1 2	<u>18</u>	Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.
0 1 2	<u>19</u>	Hep dikkat çekmek ister.
0 1 2	<u>20</u>	Eşyalarına zarar verir.
0 1 2	<u>21</u>	Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir.
0 1 2	<u>22</u>	Evde söz dinlemez.
0 1 2	<u>23</u>	Okulda söz dinlemez.
0 1 2	<u>24</u>	İştahsızdır, az yemek yer.
0 1 2	<u>25</u>	Diğer çocuklarla geçinemez.
0 1 2	<u>26</u>	Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez.

0 1 2	<u>27</u>	Genellikle kıskançtır.
0 1 2	<u>28</u>	Yenilip içilmeyecek şeyleri, yer ya da işer (kum, kil, kalem, silgi gibi). Açıklayınız...
0 1 2	<u>29</u>	Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar. Açıklayınız...
0 1 2	<u>30</u>	Okula gitmekten korkar.
0 1 2	<u>31</u>	Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar.
0 1 2	<u>32</u>	Mükemmel olması gerektiğine inanır.
0 1 2	<u>33</u>	Kimisinin onu sevmediğine inanır ve bundan yakındır.
0 1 2	<u>34</u>	Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.
0 1 2	<u>35</u>	Kendini değersiz hisseder.
0 1 2	<u>36</u>	Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.
0 1 2	<u>37</u>	Çok kavgı, dövüş eder.
0 1 2	<u>38</u>	Onunla çok alay edilir (arkadaşları onunla çok alay eder).
0 1 2	<u>39</u>	Başı belada olan kişilerle dolaşır.
0 1 2	<u>40</u>	Olmayan sesler işitir. Açıklayınız...
0 1 2	<u>41</u>	Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar).
0 1 2	<u>42</u>	Başkaları ile beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih eder.
0 1 2	<u>43</u>	Yalan söyler ve hile yapar.
0 1 2	<u>44</u>	Tırmıklarını yer.
0 1 2	<u>45</u>	Sinirli ve gergindir.
0 1 2	<u>46</u>	Kas seğirmeleri, tikleri vardır. Açıklayınız...
0 1 2	<u>47</u>	Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.
0 1 2	<u>48</u>	Diğer çocuklar tarafından sevilmez.
0 1 2	<u>49</u>	Kabızlık çeker.
0 1 2	<u>50</u>	Çok korkak ve kaygılıdır.
0 1 2	<u>51</u>	Baş dönmesi vardır.
0 1 2	<u>52</u>	Kendini çok suçlu hisseder.
0 1 2	<u>53</u>	Aşırı yemek yer.
0 1 2	<u>54</u>	Aşırı yorgundur.
0 1 2	<u>55</u>	Çok kiloludur.
0 1 2	<u>56</u>	Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır.
0 1 2	<u>a</u>	Ağrılar, sıızılar.
0 1 2	<u>b</u>	Baş ağrıları.
0 1 2	<u>c</u>	Bulantı, kusma hissi.
0 1 2	<u>d</u>	Göz ile ilgili şikayetler. Açıklayınız...

**4-18 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ(CBCL)**

0 1 2	e.	Döktürtiler ya da başka cilt sorunları.
0 1 2	f.	Mide, karın ağrısı ve kramplar.
0 1 2	g.	Kusma.
0 1 2	h.	Diğer. Açıklayınız...
0 1 2	57	İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.
0 1 2	58	Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar. Açıklayınız...
0 1 2	59	Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar.
0 1 2	60	Cinsel organıyla çok fazla oynar.
0 1 2	61	Okul başarısı düşüktür.
0 1 2	62	Dengesiz ve sakardır.
0 1 2	63	Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.
0 1 2	64	Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.
0 1 2	65	Konuşmayı reddeder.
0 1 2	66	Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar. Tanımlayınız...
0 1 2	67	Evden kaçar.
0 1 2	68	Çok bağırır, çağırır.
0 1 2	69	Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar.
0 1 2	70	Olmayan şeyleri görür. Açıklayınız...
0 1 2	71	Sıkılgan ve utangaçtır.
0 1 2	72	Yangın çıkartır.
0 1 2	73	Cinsel sorunları vardır. Açıklayınız...
0 1 2	74	Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.
0 1 2	75	Çekingen ve ürkektir.
0 1 2	76	Çocukların çoğundan daha az uyur.
0 1 2	77	Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur. Açıklayınız...
0 1 2	78	Kakası ile oynar ya da etrafa bulaştırır.
0 1 2	79	Konuşma güçlüğü vardır. Açıklayınız...
0 1 2	80	Boş gözlerle uzun uzun bakar.
0 1 2	81	Evden çalmaları vardır.
0 1 2	82	Evin dışında çalmaları vardır.
0 1 2	83	İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir. Tanımlayınız...
0 1 2	84	Acayip, tuhaf davranışları vardır. Açıklayınız...
0 1 2	85	Acayip, tuhaf düşünceleri vardır. Açıklayınız...
0 1 2	86	İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.
0 1 2	87	Duygudurumunda ani değişiklikler olur.
0 1 2	88	Çok sık küser.
0 1 2	89	Şüphelidir.

0 1 2	90	Küfürlü ve açık saçık konuşur.
0 1 2	91	Kendini öldürmekten söz eder.
0 1 2	92	Uykuda yitirir ve konuşur. Açıklayınız...
0 1 2	93	Çok fazla konuşur.
0 1 2	94	Başkaları ile çok dalga geçer, alay eder.
0 1 2	95	Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.
0 1 2	96	Cinsel konuları fazlaca düşündür.
0 1 2	97	İnsanları tehdit eder.
0 1 2	98	Parmak emer.
0 1 2	99	Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.
0 1 2	100	Uyku sorunu vardır.
0 1 2	101	Okuldan kaçar, dersini asar.
0 1 2	102	Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir.
0 1 2	103	Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir.
0 1 2	104	Çok gürültücüdür.
0 1 2	105	Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır. Açıklayınız...
0 1 2	106	Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır.
0 1 2	107	Gündüz altını ıslatır.
0 1 2	108	Yatağını ıslatır.
0 1 2	109	Sızlanır, mızırdanır.
0 1 2	110	Karşı cinsten olmayı ister.
0 1 2	111	İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez.
0 1 2	112	Evhamlıdır, her şeyi dert edinir.
0 1 2	113	Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa, lütfen yazınız...

LÜTFEN TÜM MADDELERİ CEVAPLAYINIZ.
TEŞEKKÜRLER...